

سلسلة أمراض جهاز الهضم والكبد

1 الكتاب الأول

الأخطاء الشائعة في تشخيص ومعالجة

أمراض جهاز الهضم



الدكتور مصطفى عبد السلام سطوف

سلسلة أمراض جهاز الهضم والكبد
الكتاب الأول

الأخطاء الشائعة
في تشخيص ومعالجة
أمراض جهاز الهضم

الدكتور
مصطفى عبد السلام سطوف

استشاري بأمراض جهاز الهضم والكبد من بريطانيا
مدرس أمراض جهاز الهضم في كلية الطب - جامعة حلب

الطبعة الأولى 2006

الدكتور مصطفى عبد السلام سطوف
استشاري بأمراض جهاز الهضم والكبد من بريطانيا
حائز على شهادتي الزمالة الملكيتين البريطانية والإيرلندية

سورية - حلب - هاتف 2280987 21 00963 فاكس 228987 21 00963
E-Mail: M-satof@scs-net.org

الناشر: شعاع للنشر والعلوم
حارة الرباط 2 - المنطقة 12 - حي السبيل 2
تلفاكس : 2643545 (21) 00963
سورية ـ حلب ص.ب 7875
http://www.raypub.com



الإهداء

إلى: آلاء .. ملاكي الطاهر:

فلذة كبدي وثمرة فؤادي التي اصطفاها الله إلى جواره

من غابت عن عيوننا ولكنها في القلب دوماً حاضرة وفي الذهن ماثلة

وفي الوجدان موجودة

آملاً أن يجمعني الله بها في جنات الفردوس يوم القيامة

إلى زوجتي وبناتي: آمنة .. آية .. آلاء

شاكراً لهم تحملهم انشغالي وبعدي عنهم أثناء تأليف هذا الكتاب.

د. مصطفى سطوف

مقدمة

هذا هو الكتاب الأول في سلسلة أمراض جهاز الهضم والكبد والتي تأتي في وقت تخلو فيه المكتبة العربية من الكتب التخصصية باللغة العربية في هذا المجال والذي يشهد تطورات هائلة في التشخيص والمعالجة.

أتت فكرة هذا الكتاب من مشاهداتي العديدة بعد رجوعي من انكلترا لممارسات العديد من الأطباء الممارسين والتي أقل ما يمكن أن توصف به أنها بعيدة كل البعد عن الصحة وغير مثبتة بالدليل العلمي والدراسات البحثية.

اعتمدت في هذا الكتاب على إيراد الخطأ الشائع ثم أوردت تصحيحه وذلك معتمداً على أحدث الدراسات العالمية وعلى أفضل المراجع الهضمية المعتمدة في الدول المتقدمة.

أعود فأؤكد أن هذه الأخطاء حقيقية ومشاهدة بشكل شائع في الممارسة الطبية اليومية وليست أخطاء متوهمة أو متخيلة.

أخيراً لا يهدف هذا الكتاب إلا إلى التشهير بالخطأ (والخطأ وحده) وإلى تبيان الممارسات المغلوطة التي تمارس كل يوم من دون أساس علمي أو سند منطقي والتوعية بها بفرض تجنبها من قبل الزملاء الأطباء الممارسين وصولاً إلى العناية الطبية المثلى لمريضنا العربي الذي هو الأساس في بناء الوطن.

أتمنى أن يلاقي هذا الكتاب الغاية المرجوة منه.

وأن يجعل ثوابه في صحائف أعمالي يوم القيامة.

المؤلف

د. مصطفى سطوف



الفصل الأول

الأخطاء الشائعة في أمراض المريء

1 الأخطاء المرتكبة في تدبير عسرة البلع

2 الأخطاء المرتكبة في تدبير ألم الصدر المجهول السبب

3 الأخطاء المرتكبة في تدبير أذيات المريء بالكاويات

4 الأخطاء المرتكبة في تدبير القرحات المريئية

5 الأخطاء المرتكبة في تدبير الفتوق الحجابية

6 الأخطاء المرتكبة في تدبير لا ارتخائية المريء

1) الأخطاء المرتكبة في تدبير عسرة البلع

تعرّف عسرة البلع بأنها وجود صعوبة في عملية البلع. وتنشأ عن انسداد المريء بسبب حميد (مثل وجود تضيق مريء هضمي أو قلسي)، أو بسبب خبيث (مثل سرطان المعدة أو المريء) أو انضغاط المريء من آفة ورمية خارجية ضاغطة عليه.

قد تنشأ عسرة البلع أيضاً بسبب اضطرابات عصبية مثل السكتة الدماغية (CVA)، أو اضطرابات في العضلات المسؤولة عن البلع، أو اضطراب في حركية المريء (مثل اللاارتخائية).

هناك أسباب أخرى لعسرة البلع مثل انحشار اللقمة الطعامية واحتباسها في المريء، أو قد تكون عسرة البلع ناتجة عن ابتلاع جسم أجنبي وتوقفه في منطقة ما من المريء.

في حال عدم وجود أية آفة عضوية مسببة لعسرة البلع فقد يكون السبب هو اللقمة الهيستيريائية (GLOBUS HYSTYRICUS) والتي تدعى بشكل أكثر صحة بالـ GLOBUS SENSATION.

تلعب العوامل النفسية دوراً مهماً في التسبب باللقمة الهيستريائية[1].

يلجأ بعض الأطباء إلى **الإفراط في تشخيص اللقمة الهيستيريائية** عند المرضى المتظاهرين بعسرة بلع ويعمدون إلى لوم العوامل النفسية واتهامها في التسبب بهذا العرض لديهم، وكنتيجة لذلك يقومون بمعالجتهم بإعطائهم مضادات الذهان والمهدئات والأدوية النفسية المختلفة (مع تعريضهم لتأثيراتها الجانبية).

يتسبب هذا الخطأ في تأخير التشخيص للآفة المسببة لعسرة البلع، وبالتالي تأخير تقديم العلاج الناجع لها.

تتميز عسرة البلع الناجمة عن اللقمة الهيستيريائية بأنها ليست لها علاقة بالطعام أو البلع، وعلى النقيض يتحسن هذا الشعور أو يختفي خلال البلع غالباً[2].

يتصاحب ذلك مع شعور المريض بحس امتلاء في الرقبة أو وجود كتلة في الحلق وهذا غير موجود عادة في عسرة البلع الحقيقية الناشئة عن آفة عضوية.

هناك اضطرابات نفسية متعددة قد تتصاحب مع اللقمة الهيستيريائية[3]، مثل القلق، الاكتئاب، المراقبة.

- يجب التأكيد على ضرورة الفحص الدقيق والقصة السريرية المفصلة مع إجراء الاستقصاءات المناسبة لتشخيص عسرة البلع وتمييزها عن اللقمة الهيستيريائية.
- تجدر الإشارة إلى أن **سلبية التنظير الهضمي العلوي أو الصورة الظليلة للمريء ليست كافية لاستبعاد وجود آفات عضوية متسببة بعسرة المريء**، وتشخيص السبب على أنه نفسي أو لقمة هيستيريائية. وقد يستلزم الأمر إجراء استقصاءات أخرى متممة مثل قياس ضغوط المريء كتشخيص الآفات الحركية المختلفة التي تصيب المريء مثل اللا ارتخائية أو التشنج المريئي المنتشر.
- **إن عسرة البلع للسوائل فقط أو للسوائل والمواد الصلبة معاً** أو الحاجة لشرب كميات كبيرة من الماء أثناء الطعام لتسهيل بلع اللقمة هي من الأعراض المهمة التي يجب التفكير بها والموجهة نحو الشك بوجود آفة مسببة لاضطراب في حركية المريء مثل اللاارتخائية. كل ذلك يجب أن يدفع الطبيب لإجراء الاستقصاءات المناسبة للوصول للتشخيص.

2) الأخطاء المرتكبة في تدبير الألم الصدري مجهول السبب

تتسبب بعض أمراض المريء في حدوث ألم صدري، ولذلك تدخل في التشخيص التفريقي للآفات المسببة لحدوث ألم الصدر من منشأ غير قلبي (NON-CARDIAC CHEST PAIN).

يلجأ بعض الأطباء إلى **وصف مثبطات مضخة البروتون «كاختبار تشخيصي»** لتأكيد أو نفي المنشأ المريئي للألم الصدري. **تعتبر هذه الممارسة خاطئة**[4] وينصح الأطباء عامة بتجنبها لسببين رئيسيين:

1. قد لا تتمكن هذه الأدوية من إزالة الألم الصدري المريئي المنشأ على المدى القصير وقد تحتاج لفترة زمنية أطول ليكون تأثيرها العلاجي واضحاً.
2. حتى وإن كانت الاستجابة لهذه الأدوية جيدة فإن هذه الاستجابة غير كافية لنفي أو استبعاد وجود آفة قلبية مسببة للألم الصدري.

إن القصة السريرية المفصلة والفحص السريري المتأني مع إجراء بعض الاستقصاءات المتممة (كتخطيط كهربائية القلب ECG) غالباً ما يمكّن من تحديد السبب في أغلب الحالات.

·يجب أخذ الحذر والحيطة الشديدة حين مقاربة مريض مسن بألم بطني، حيث أن احتشاء العضلة القلبية هو سبب غير نادر في هذه الفئة من المرضى، وقد يكون هو المتسبب بحدوث الألم البطني وتختلف المعالجة والتدبير جذرياً في هذه الحالة.

3) الأخطاء المرتكبة في تدبير أذيات المريء بالكاويات

1. عدم إجراء التنظير الهضمي العلوي بعد الأذية لتحديد شدة الإصابة أو الانتظار لعدة أيام أو أسابيع لحين إجرائه

إن عدم التناسب بين الأعراض والعلامات الناجمة عن تناول الكاويات وبين شدة الأذية الناتجة عنها جعلت من المحتم والضروري[5] إجراء تنظير هضمي علوي لدى جميع المرضى الذين لديهم قصة تناول كاويات حديثة العهد.

إن استعمال المناظير الهضمية المرنة ذات القطر الصغير نسبياً سمح بإجراء الفحص الكامل لمخاطية المريء والمعدة بشكل آمن، مع وجود خطر انثقاب ضعيف.

يلجأ بعض الأطباء إلى عدم إجراء التنظير الهضمي العلوي بعد تناول الكاويات إطلاقاً بسبب خوفهم من حدوث الاختلاطات الناجمة عن التنظير (كالانثقاب أو مفاقمة الأذية المخاطية الناجمة عن الكاويات). الحقيقة أن هذه الممارسة خاطئة وغير مبررة لأن معظم المؤلفين ينصحون بإجراء التنظير الهضمي العلوي[6] بأسرع وقت ممكن بعد تناول الكاويات حين تكون حالة المريض العامة مستقرة وعند عدم وجود شك سريري بحدوث انثقاب مريئي ناجم عن تناول الكاويات. يقترح البعض الآخر من المؤلفين تأخير التنظير حتى 48-72 ساعة بعد تناول المادة الكاوية، لأن ذلك يسمح بتحديد مدى الأذية المخاطية بشكل أكثر دقة.

يلجأ البعض الآخر من الأطباء إلى تأخير التنظير لعدة أيام أو أسابيع لنفس السبب السابق، وهذا خاطئ أيضاً للأسباب المذكورة سابقاً، لأن عدم التمكن من تحديد شدة الأذية الناجمة عن تناول الكاويات يمنع اتخاذ التدبير العلاجي المناسب لهذه الإصابة.

عموماً يجب إجراء التنظير الهضمي العلوي خلال 24-48 ساعة[7] من تناول الكاويات لتحديد شدة الأذية الناجمة عن تناول الكاويات وتطبيق التدابير العلاجية المناسبة واللازمة.

لا يستطب إجراء التنظير العلوي الهضمي للمرضى المذكورين **بشكل إسعافي**[8-A] (EMERGENCY ENDOSCOPY) بسبب عدم وجود معالجة إسعافية فعالة لهذه الإصابة يمكن تقديمها إلى هؤلاء المرضى بحيث تغير من الإنذار والاختلاطات.

2. محاولة تحريض الإقياء أو تعديل الكاويات

يلجأ بعض الأطباء لتحريض الإقياء لدى المرض الذين لديهم قصة تناول للكاويات بغرض التخلص من المادة الكاوية، وهذه ممارسة خاطئة تنجم عن عدم أخذ مخاطر تحريض الإقياء بعين الاعتبار لأن ذلك قد يؤدي للاستنشاق (ASPIRATION) أو تعرض المريء والحنجرة[8-B] مرة أخرى للمادة الكاوية مما يضاعف من شدة الإصابة.

يلجأ البعض الآخر من الأطباء **إلى إعطاء معدلات الكاويات** (مثل إعطاء مادة حامضة بعد تناول مادة قلوية)، وقد يكون ذلك ناجماً عن تأثرهم بنصيحة بعض الشركات المصنعة للمواد القلوية الكاوية المستخدمة في المنازل الذين ينصحون بإعطاء الماء أو معدلات القلوية فور التعرض لتناول مادة كاوية، إلا أن العديد من المؤلفين يختلفون معهم في ذلك[8-C] ويعتبرونها ممارسة خاطئة، لأن أذية القلويات الكاوية تحدث بسرعة شديدة مما يعني أن محاولة التعديل تصبح عقيمة ولا فائدة منها أولاً، وثانياً يجب الانتباه إلى أن ذلك قد يتسبب بتحريض الإقياء والذي قد ذكرنا مخاطره آنفاً في التسبب بالاستنشاق أو تعرض المريء والحنجرة ثانية للمادة الكاوية ومفاقمة الإصابة.

4) الأخطاء المرتكبة في تدبير القرحات المريئية

يلاحظ ازدياد في حصول القرحات المريئية في بلادنا في الوقت الحاضر بسبب:

1. ازدياد معدل حصول القلس الهضمي المعدي المريئي (لازدياد نسبة حدوث البدانة ونمط الحياة والعادات الغذائية).
2. الأسباب الدوائية: كاستعمال الأدوية التي لها قدرة على إحداث تقرح في الجهاز الهضمي على امتداده من المريء حتى الشرج. وعلى رأس هذه الأدوية مضادات الالتهاب اللا ستيروئيدية (NSAID) (والأسبرين)، أملاح البوتاسيوم الفموية، ومنها التراسيكلينات (خاصة الدوكسي سيكلين) (DOXY CYCLINE).

هناك أدوية أخرى تسبب هذه التقرحات بدرجة أقل شيوعاً مثل: ALINDRONATE، QUINIDINE، FERROUS SULPHATE، CLINDAMYCIN.

تعد القرحات المريئية المسببة بالأدوية من المشاكل الشائعة في الوقت الحاضر، وتتظاهر غالباً بألم أثناء البلع، والذي يحدث بشكل مفاجئ مع ألم صدري وألم خلف القص، مع عسرة بلع أيضاً[9].

يلعب الأطباء دوراً مهماً في التسبب بإحداث القرحات المريئية المسببة بالأدوية، ويشاركهم المسؤولية في ذلك الصيادلة أيضاً وخاصة عند وصف هذه الأدوية، ومن الأخطاء الشائعة[10] نذكر:

1. تناولها قبل الطعام عوضاً عن تناولها بعد الطعام.
2. تناولها مساءً ثم الذهاب للنوم مباشرةً.
3. عدم نصح المريض بوجوب تناول كمية كبيرة من الماء وكافية مع الحبة للمساعدة في عبورها عبر المريء إلى المعدة. (على الأقل 60-100 ميلي ليتر من الماء).
4. عدم نصح المريض بوجوب تناولها في وضعية الوقوف أو الجلوس وليس الاضطجاع.

يعتبر أخذ قصة سريرية مفصلة لهؤلاء المرضى **مع التركيز خاصة على القصة الدوائية هو** المفتاح في تشخيص هذه الحالات، **والمعيار الذهبي للتشخيص هو إجراء تنظير هضمي علوي من أجل تأكيد التشخيص**[11].

تتم المعالجة **بإيقاف الدواء المسبب** (المشتبه به). **مع إعطاء مثبطات مضخة البروتون** [12] بجرعة جيدة (مزدوجة: صباحاً ومساءً) لمدة شهرين متواصلين للتأكد من شفاء القرحة تماماً.

يحصل التحسن السريري خلال أيام عادة، ويصبح المريض قادراً على البلع بشكل أفضل.

في الحالات الشديدة عندما يكون المريض غير قادر على البلع تماماً، يجب إعطاء السوائل الوريدية ومثبطات مضخة البروتون (PPI) عن طريق الوريد لعدة أيام حتى يحصل التحسن.

5) الأخطاء المرتكبة في تدبير الفتوق الحجابية

مقدمة لا بد منها

- تُعرف الفتوق الحجابية بأنها انفتاق جزء من المعدة عبر الحجاب الحاجز.
- تحدث الفتوق الحجابية بشكل شائع، ونادراً ما تؤدي لأعراض أو مشاكل خطيرة[13].
- معظم الفتوق الحجابية هي من النوع الانزلاقي، وهناك أنواع أخرى مثل الدحرجي (PARAOESOPHAGEAL) والفتوق الخلقية، والفتوق الناجمة عن الرضوض.
- يعتقد أن الفتوق الحجابية هي عامة من الأمراض المكتسبة[14].
- ينتج عن الفتق الحجابي حدوث قلس معدي مريئي حامضي نتيجة تحول مكان الوصل المريئي المعدي إلى فوق الحجاب الحاجز. قد تحدث قرحة معدية في داخل الفتق الحجابي وتسمى قرحة كاميرون (CAMERON ULCER)، ويحيط بها عادة ارتكاس التهابي شديد في الغشاء المخاطي المعدي المحيط بها.
- يبقى الوصل المريئي المعدي في مكانه في حالة الفتوق الدحرجية وهذا يؤدي إلى بطء وضعف في إفراغ المعدة مع ركودة بداخلها للمفرزات والمواد الطعامية مسببة حدوث تقرحات وتسحجات في القسم من المعدة المتوضع داخل جوف الصدر.

فيما يلي نذكر أهم الأخطاء الشائعة في تشخيص ومعالجة الفتوق الحجابية:

1. الاعتماد على الصورة الشعاعية الظليلة بشكل رئيسي في تشخيص الفتوق الحجابية

يتم تشخيص الفتوق الحجابية بشكل رئيسي من خلال التنظير الهضمي العلوي وذلك لإثبات وجود الفتق وتشخيص قرحات كاميرون، حيث أن التقنيات الشعاعية لا يمكن الاعتماد عليها في تشخيصها بسبب عدم حصولها على التشخيص في ثلثي الحالات[15].

تقارب حصيلة التشخيص عن طريق التنظير حوالي 91%.

حينما يتم الشك بوجود فتق دحرجي (PARAOESOPHAGEAL) أو مختلط عن طريق الأعراض الرئيسية: عسرة هضم مع حس امتلاء بعد الطعام، فإن الصورة الظليلة للمريء باستعمال الباريوم هي أفضل وسيلة تشخيصية لهذه الحالة.

2. اتهام الفتوق الحجابية بالتسبب بفقر الدم بعوز الحديد وإهمال البحث عن الأسباب الأخرى

يلجأ بعض الأطباء في تدبيرهم للمرضى المصابين بفقر دم بعوز الحديد إلى إجراء تنظير هضمي علوي أو صورة ظليلة للمريء، والتي قد تثبت وجود فتق حجابي صغير أو فتق لاعرضي، ويعتقد البعض منهم خاطئين أن فقر الدم بعوز الحديد يمكن تفسيره بوجود هذا الفتق الحجابي ولو كان صغيراً أو لا عرضياً، وهذا الاعتقاد خاطئ ناتج عن سوء فهم لأعراض وإمراضية الفتوق الحجابية واختلاطاتها.

- قد تكون الفتوق الحجابية الكبيرة أحد الأسباب المهمة لفقر الدم المزمن وضياعه بالطريق الهضمي مسببة فقر دم نتيجة لعوز الحديد، وينتج فقر الدم عادة من تسحجات معدية خطية على امتداد التلافيف والثنيات المعدية أو قرب فوهة الحجاب الحاجز[16].
- يحدث النـــزف من قرحات معدية أو سحجات ناجمة عن التهاب المعدة الركودي في الفتوق الحجابية الدحرجية، والتي يعد فقر الدم من المظاهر الشائعة في هذه النوعية من الفتوق الحجابية، وقد قدرت بعض الدراسات نسبة حدوث النـــزف من قرحات معدية أو سحجات كاختلاط للفتوق الحجابية الدحرجية في 20-30% [17] من الحالات، وهي غالباً وبدون شك أرقام مبالغ فيها (حيث أن المرضى المدخلون في هذه الدراسة هم فقط الخاضعون للجراحة).
- الخلاصة في الأمر أن وجود التهاب مريء مثبت بالتنظير أو قرحة كاميرون في داخل الفتق الحجابي مع ترافق ذلك مع تنظير كولون سلبي يغني[18] غالباً عن إجراء الاستقصاءات الأخرى لتشخيص السبب في فقر الدم بعوز الحديد مثل إجراء تنظير الأمعاء الدقيقة (ENTERSOCOPY) أو استعمال الكبسولة (VIDEO CAPSULE) لكشف آفات الأمعاء الدقيقة.

3. المعالجة الجراحية للفتوق الحجابية الصغيرة غير المختلطة أو للمرضى غير العرضيين

يعمد بعض الأطباء والجراحين خاصة إلى إلقاء اللوم على وجود فتق حجابي صغير أو لاعرضي (مشخص عن طريق التنظير أو الصورة الظليلة للمريء) في التسبب في عسرة الهضم المزمنة أو آلام البطن المعاودة، وغالباً ما يتم إحالة مثل هؤلاء المرضى إلى العمل الجراحي لمعالجة الفتق الحجابي، والذي يجرى برغم كون معظم هؤلاء المرضى لا عرضيين من ناحية حدوث اللذع والحرقة خلف القص أو الارتداد الحامضي. من جهة أخرى قد يكون الألم البطني المتكرر لديهم مظهراً لعسرة الهضم غير القرحية (NON-ULCER DYSPEPSIA) أو تناذر الأمعاء الهيوجة (IRRITABLE BOWEL SYNDROME) أو عرضاً لآفات الطرق الصفراوية أو المرارة أو البنكرياس.

تجدر الإشارة إلى أن الفتوق الحجابية عامة لا تتظاهر بآلام بطنية أو شرسونية إلا في حالة وجود قرحات داخل الفتق أو التهاب معدة سحجي بالقسم المنفتق وإن وجود فتق حجابي غير مختلط بالتهاب سحجي أو تقرحات يجب أن يحفز الطبيب لمساءلة التشخيص والبحث عن الآفة المسببة لشكاية المريض المتكررة من الآلام البطنية. إن معظم الفتوق الحجابية هي لا عرضية أو INCIDENTAL عند تشخيصها[19] بالتنظير أو الصورة الظليلة.

من أجل وضع مقاربة فعالة لتدبير الفتوق الحجابية عامة غالباً ما يلجأ إلى تقسيمها إلى:

1. فتوق حجابية عرضية

تتظاهر بأعراض القلس الهضمي (لذع- حرقة خلف القص - ارتداد حامضي) وغالباً ما تستجيب لمضادات الحموضة، أو لمثبطات مضخة البروتون، والتي أحدثت ثورة في العناية الطبية والتدبير لمرضى القلس الهضمي.

إن نتائج طي قعر المعدة المفتوحة غير المشجعة قد ألقت بظلال الشك على المعالجة والتدبير للفتوق الحجابية العرضية في ظل الفعالية العالية لـــ PPI.

تعتبر المعالجة بمثبطات مضخة البروتون (PPI) حالياً الشكل[20] الأكثر فعالية من المعالجة للفتوق الحجابية العرضية.

2. الفتوق الحجابية غير العرضية

- لا يحتاج الفتق الحجابي الانزلاقي غير العرضي إلى أية معالجة على الإطلاق.
- بينما يعد تدبير الفتوق الحجابية الدحرجية غير العرضية من المواضيع المختلف عليها والمثيرة للجدل.
- يعتقد معظم الجراحين أن كل هذه الفتوق يجب أن تعالج جراحياً بغض النظر عن وجود الأعراض أو عدمه، وذلك من أجل منع تطور الاختلاطات وتجنب خطر الحاجة لتدخل جراحي إسعافي.

قام الباحثون من جامعة هارفرد بأمريكا بتحليل ودراسة النتائج لعشرين دراسة سريرية مطبوعة ومنشورة للبحث عن أفضل وسيلة لمعالجة هذه النوعية من الفتوق، وقد وجدوا أن الانتظار والمراقبة (WATCHFUL WAITING) في هؤلاء المرضى هو بديل معقول وإستراتيجية جيدة[21] وأفضل من الإصلاح الجراحي الانتقائي لهذه الفتوق غير العرضية أو ذات الأعراض الخفيفة. وقد وجدوا أيضاً أن إحالة هؤلاء المرضى إلى الجراحة روتينياً لإصلاح الفتق هي معالجة نافعة وفعالة فقط في أقل من 20% من الحالات.

إذاً تستطب المعالجة الجَراحية للفتوق الحجابية عامة:

1. في حال فشل المعالجة المحافظة واستمرار الأعراض.
2. حين حدوث الاختلاطات.

6) الأخطاء المرتكبة في تدبير لا ارتخائية المريء

1. التأخر بالتشخيص

على الرغم من عدم وجود دراسات وبائية أو إحصائية دقيقة عن مدى انتشار لا ارتخائية المريء في بلادنا، فإنها موجودة وغير نادرة كما يتصور البعض، وفي معظم الحالات تستمر شكاية المريض لأشهر أو سنوات قبل الوصول للتشخيص الصحيح من قبل الطبيب، وتعود أسباب التأخر في التشخيص لعوامل عديدة منها:

1. خلط أعراض اللا ارتخائية مع أعراض وشكايات أمراض أخرى مثل نقص التروية القلبية وخاصة عند المسنين وعند التظاهر بألم أو عدم ارتياح صدري والذي هو عرض شائع[22] لهذا المرض وخاصة في الشباب ويخف حدوثه في الأعمار المتقدمة.
2. الميل لتشخيص الأعراض (وخاصة عسرة البلع للسوائل والماء) على أساس أنها مسببة بالشدة النفسية والتوتر العصبي واللقمة الهيستريائية.
3. سلبية الموجودات التنظيرية بالتنظير الهضمي العلوي أو عدم وضوحها: إذ أن توسع المريء مع وجود مفرزات طعامية فيه قد يكون غائباً إذا كان المريض صائماً لفترة طويلة قبل التنظير، وكذلك يفشل بعض الأطباء في ملاحظة تشنج النهاية السفلية للمريء الذي يتيح للمنظار العبور بعد ضغط بسيط إلى المعدة.

2. اعتماد البعض على المعالجة الدوائية واعتقادهم أن ذلك يغني عن التوسيع أو الجراحة

هناك بعض الأدوية مثل حاصرات قنوات الكالسيوم والنيترات وهي أدوية تؤدي إلى ارتياح خفيف وتحسن بالأعراض في بعض الحالات (بنسبة تصل حتى 70%)، ولا تؤدي عامة إلى تحسن كاف بالعرض الرئيسي وهو عسرة البلع، بالإضافة إلى تأثيراتها الجانبية المهمة (كالصداع). **لذلك نادراً ما تستخدم كمعالجة طويلة الأمد**[23] بسبب دورها المحدود وعدم قدرتها على منع توسع المريء المترقي والاختلاطات حتى في حالة الاستجابة للأعراض، وينصح باستعمالها فقط عند المرضى الذين لديهم مضادات استطباب للتوسيع بسبب أمراض أخرى مرافقة أو لتحسين الحالة الغذائية بالمرضى بسوء التغذية لحين استعمال معالجة أفضل.

3. المعالجة الناقصة بالبالون

يلجأ بعض الأطباء حين إجراء التوسيع بالبالون إلى نفخ البالون لفترات قصيرة كالنفخ إلى 150 مم زئبقي فقط لمدة دقيقة أو دقيقتان كحد أعظمي خوفاً من حدوث الاختلاطات، والحقيقة أن هذا الخوف غير مبرر ويؤدي لاستجابة المريض بشكل ناقص للمعالجة والحاجة لتكرار التوسيع عدة مرات.

ينصح عادة بنفخ البالون إلى 260-300 ملم زئبقي لفترة 3 دقائق.

4. المعالجات غير المثبتة علمياً وغير العقلانية

كبعض الأطباء الذين يقومون بإمرار منظار الكولون واستعماله لإجراء تنظير هضمي علوي في المرضى الذين يشكّون بحدوث لا ارتخائية المريء لديهم بغية إحداث توسع في المعصرة المريئية السفلية والوصل المريئي المعدي واستعمال هذه الطرق هو غير علمي وغير مسند بالدليل الطبي والأبحاث العلمية.



الفصل الثاني

الأخطاء الشائعة
في تدبير أمراض المعدة والعفج

1. الأخطاء المرتكبة في معالجة التهابات المعدة
2. الأخطاء المرتكبة في معالجة القرحة المعدية
3. الأخطاء المرتكبة في معالجة القرحة العفجية
4. الأخطاء المرتكبة في تدبير النـزف الهضمي العلوي
5. الأخطاء المرتكبة في تدبير ومعالجة الخمج بالملتوية البوابية
6. أخطاء علاجية متفرقة في تدبير أمراض المعدة والعفج

1) الأخطاء المرتكبة في التهابات المعدة

فرط تشخيص التهاب المعدة الصفراوي

هو مرض مشاهد عند بعض المرضى الذين يجرى لهم تداخلات جراحية على المعدة أو الطرق الصفراوية مثل: 1) استئصال المعدة البعيد (DISTAL GASTRECTOMY) لمعالجة سرطان المعدة. 2) بيلروث I أو II (أشيع بعد BII). 3) خزع مبهم مع تصنيع بواب. 4) استئصال مرارة أو بوجود حصيات مرارية، ويتميز بحدوث التهاب معدة في القسم المتبقي من المعدة ويتعلق مباشرة بكمية القلس المعدي العفجي للعصارة الصفراوية والبنكرياسية والتأخر في الإفراغ المعدي حتى في غياب الإنتان بالملتوية البوابية[24].

قد يتظاهر بوجود سحجات مخاطية في غار المعدة مع احمرار في المخاطية الغارية مع وجود بحيرة مخاطية مصبوغة بالصفراء تنظيرياً.

- يتم التشخيص الأكيد بإثبات قياس معدل البيلروبين في المعدة لمدة 24 ساعة[25] بجهاز BILITEC 2000. إن هذا المرض نادر الحدوث عامة في بلادنا خاصة بعد تضاؤل التداخلات الجراحية على المعدة إلى حد كبير، وللأسف يتم تشخيصه يومياً لدى أعداد كبيرة من المرضى بشكل خاطئ ناجم عن تجاهل دور الملتوية البوابية أو دور NSAID أو وجود إمراضية أخرى مسببة لأعراض المريض وشكاياته مثل GORD، أو الاضطرابات الهضمية الوظيفية مثل تناذر الأمعاء الهيوجة أو عسرة الهضم غير القرحية.
- تنجم أعراض المرض بشكل عام عن الأذى[26] المسبب للمخاطية المعدية بسبب قلس الصفراء والتغير الحاصل في وظيفتها، مما ينجم عنه آلام شرسوفية، حرقة ولذع، غثيان، إقياء متقطع وشعور بالامتلاء البطني وهي أعراض مشابهة لأعراض أمراض المرارة ويجب تمييزها عنها بالفحوص الشعاعية المتممة مثل الأمواج فوق الصوتية.
- المعالجة دوائية بإعطاء SUCRALFATE وفي الحالات الشديدة قد يتطلب الأمر التداخل الجراحي لإجراء: (ROUX-en-Y GASTROJUJONOSTOMY).

2) الأخطاء المرتكبة في القرحة المعدية

1. التأخر في تشخيص القرحات الخبيثة وسرطانات المعدة

يجب الاعتراف أنه بالرغم من التقدم التقني الهائل في مجال الأمراض الهضمية، وانتشار التنظير الهضمي على نطاق واسع، **فإن معظم الأورام الخبيثة للمعدة في بلادنا تكتشف في مرحلة متأخرة من المرض**، حيث يكون الشفاء منها بعيد المنال، والحقيقة أن الأسباب الكامنة وراء هذه الظاهرة تعود بشكل رئيسي إلى السير المخاتل والخادع لسرطانات المعدة والتي قد تتظاهر بأعراض غير نوعية أو بشكل لاعرضي، أو بشكل اضطراب وظيفي هضمي، أو بشكل تناذر قرحي. هذا من جهة، ومن جهة أخرى تعود إلى جهل الأطباء بالأعراض والعلامات الخطيرة المنذرة التي تترافق معه والتأخر في إحالة المرضى إلى الطبيب الاختصاصي لاستقصاء المشكلة الهضمية والحصول على التشخيص.

يتميز المرضى المصابون بسرطان معدة متقدم مقارنة مع المرضى المصابين بالقرحات أو الأورام السليمة للمعدة بكونهم أكبر عمراً أولاً وبوجود قصة أقصر للأعراض ثانياً، وبوجود ألم بطني مستمر يزداد بالطعام ثالثاً[27].

في المراحل المتأخرة من المرض يحصل نقص الوزن، فقد الشهية، الشبع المبكر بعد الطعام وحس الامتلاء في البطن والشرسوف والغثيان والإقياء أيضاً.

لذلك، وبما أنه من غير الممكن سريرياً تمييز سرطان المعدة المبكر عن القرحة الهضمية الحميدة، **فإنه يتوجب استبعاد السرطان المعدي في كل المرضى الذين يتظاهرون بأعراض عسرة هضم حديثة العهد**[28]، أو تغير في أعراض عسرة هضم قديمة، وخاصة المرضى الذين يتجاوز عمرهم 50 سنة. ولأن الآفات التنشئية الأخرى مثل اللمفوما المعدية أو LIMOIOSARCOMA قد تتظاهر بعسرة هضم أيضاً.

2. عدم أخذ خزعات متعددة من القرحات المعدية حين تشخيصها

عند تشخيص قرحة معدية بالتنظير الهضمي، يعتبر أخذ خزعات[29] متعددة ضرورياً وأساسياً لاستبعاد وجود سرطان معدي.

يعتبر التفريق بين القرحات المعدية السليمة والخبيثة (سرطان المعدة) أمراً شائكاً وصعباً عن طريق التنظير الهضمي بالاعتماد على المظهر العياني للقرحات[30] المشاهدة. لأنه حتى

القرحات المعدية التي يوحي منظرها بكونها حميدة أثناء التنظير فإنها قد تؤوي سرطاناً معدياً.

يكمن التحدي السريري في تفريق القرحة المعدية عن سرطان المعدة في مرحلة مبكرة حيث يكون السرطان قابلاً للعلاج الجراحي والشفاء.

يلجأ بعض الأطباء حين تشخيصهم لقرحة معدية إلى عدم أخذ خزعات منها زاعمين أن منظرها التنظيري لا يوحي بالخباثة وهذا خطأ كبير في الممارسة الطبية يجب تجنب الوقوع فيه للأسباب المبينة آنفاً.

على كل حال هناك ميزات تنظيرية لكل من القرحات السليمة والخبيثة يمكن الاستعانة بها للمساعدة على التوجه السريري والتنظيري نحو التشخيص.

تتميز القرحات السليمة باحتوائها على حواف مدورة منتظمة وملساء مع وجود قاعدة قرحية مسطحة ملساء غالباً مملوءة بالنتحة القرحية. بينما تتميز القرحات الخبيثة بوجود كتلة متقرحة ناتئة في اللمعة، أو بكون الطيات المعدية المحيطة بحافة القرحة ذات شكل عقدي متعجر أو ملتحمة ببعضها أو لا تصل إلى حواف القرحة، أو بكون حواف القرحة عالية مرتفعة ومعلقة غير منتظمة أو متسمكة.

والخلاصة فإنه في كل قرحة معدية يجب أخذ 6-7 خزعات بملقط الخزعة العادي، أو 4 خزعات ضخمة من حواف القرحة (بالملقط الكبير) وإرسالها للتشريح المرضي للتأكد من عدم وجود خلايا خبيثة فيها.

يلجأ البعض الآخر من الأطباء إلى تجاهل ضرورة أخذ عينات نسيجية لإجراء اختبار الكشف عن الملتوية البوابية مثل CLO-test، والذي يعتبر إجراؤه ضرورياً لكشف وجود الملتوية أو عدمه، حيث أنه في غياب استعمال (NSAID) مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية فإن 70% من القرحات[31] قد تكون مسببة بالملتوية البوابية.

قد يعترض البعض قائلين ما الداعي لذلك؟ وقد تم إرسال خزعات نسيجية لتحري الخباثة في القرحة المعدية، ويمكن الطلب من المشرح المرضي تأكيد وجود الملتوية أو عدم وجودها. الحقيقة أن أخذ خزعة من الغار لتحري الملتوية من مخاطية غير متقرحة قد تساعد في الكشف المباشر عن الملتوية والبدء بالمعالجة فوراً بدل انتظار عدة أيام للحصول على نتيجة الخزعة النسيجية. هذا من جهة ومن جهة ثانية لا أعتقد أن هناك أي سبب

يمنع من تأكيد وجود الملتوية بطريقتين مختلفتين، وهذا بالنهاية يصب في مصلحة المريض وصولاً إلى العناية الطبية المثلى له.

3. عدم إعادة التنظير بعد إتمام المعالجة لتأكيد شفاء القرحة بشكل كامل

بعد إعطاء المعالجة الكافية للقرحة المعدية **فإنه يتوجب إعادة التنظير الهضمي**[32] لتأكيد شفاء القرحة من جهة، والطبيعة الحميدة للقرحة المشخصة من جهة أخرى. ينطبق هذا الأمر ويأخذ أهمية قصوى حين مشاهدة قرحات كبيرة الحجم أو مشكوك بها (مشتبهة) أثناء التنظير.

لقد أثبت الدراسات الحديثة المجراة في اليابان أن هناك علاقة تصاحب إيجابية بين خطر حدوث اللمفوفا المعدية ووجود قصة سابقة لقرحة معدية[33] وخمج بالملتوية البوابية، وهذا التصاحب غير موجود بالعفجية.

إن تصاحب القرحات المعدية مع العفجية ينقص من احتمال التسرطن.

كذلك لا قيمة لمكان توضع القرحة المعدية في تمييزها عن السرطان المعدي لأن الأخير قد يحدث في أية منطقة من المعدة.

4. التدبير الخاطئ للقرحات المعندة على العلاج

تعتبر القرحات المعدية معندة على العلاج إذا لم يحدث الشفاء بشكلٍ مؤكد خلال 8-12 أسبوعاً من المعالجة. قد تستلزم القرحات المعدية الكبيرة حوالي 12 أسبوعاً لشفاء القرحة التام.

إن استمرار الأعراض في غياب وجود تقرح فعّال هو مؤشر هام للبحث عن أسباب أخرى للألم أو التصاحب مع تناذر الأمعاء الهيوجة (IBS).

إن 25% من القرحات المعندة على الأقل هي قرحات غير عرضية.

هناك عدة أسباب لتعنيد القرحة المعدية على المعالجة، نذكر منها[34]:

1. استمرار الإنتان بالملتوية البوابية.
2. استمرار استعمال NSAID برغم إنكار المريض لذلك وكذلك استعمال الأسبرين.

3. عدم استعمال المريض للعلاج الموصوف بحذافيره أو ضعف مطاوعته للعلاج.
4. وجود تليف كثيف مع تندب في منطقة القرحة تعطل آلية الإصلاح النسيجي.
5. وجود قرحات عملاقة والتي غالباً ما تكون مشوهة بشكل كبير، وتستغرق فترة زمنية أطول للشفاء (حيث أن الالتئام يتم بمعدل 3 مم كل أسبوع).
6. استمرار المريض بالتدخين مما قد يعرقل ويعطل شفاء القرحة.
7. وجود حالات فرط الإفراز الحمضي: مثل الأورام المفرزة للغاسترين (GASTRINOMA) والتي تؤدي لازدياد معدل الإفراز الحمضي الأساسي الليلي والأعظمي.
8. تعطل الاستجابة لمضادات الإفراز الحامضي:

تحصل هذه الحالة في بعض القرحات المعندة، حيث يحصل اعتياد على المعالجة المستمرة بحاصرات مستقبلات الهيستامين H2-RA.

يستلزم تشخيص القرحات المعندة إجراء التنظير الهضمي العلوي[35] والذي يفيد في تحديد كون الأعراض المتكررة والمعندة على العلاج ناجمة عن التقرح المعند على العلاج أم لا.

يتوجب على الطبيب أثناء التنظير أخذ خزعات متعددة من قاعدة وقعر القرحات المعدية المعندة، لتمييز وجود سرطان معدي عن القرحات الحميدة.

يتوجب أيضاً أخذ خزعات من الغار لتشخيص أو استبعاد الإنتان بالملتوية البوابية أو التهاب المعدة المزمن الفعال.

حين غياب الإنتان بالملتوية مع وجود قرحة معندة فإن السبب قد يكون استعمال مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية (NSAID).

لا يمكن للصورة الظليلة للمعدة بالباريوم[36-A] أن تقيّم بثقة أكيدة شفاء القرحة أو عدمه أو استبعاد أمراض أخرى مصاحبة لها.

لذلك، وكقاعدة ذهبية يجب تذكر أنه حتى القرحات[36-B] ذات المظهر الحميد، وحتى القرحات التي تظهر الخزعات النسيجية عدم احتوائها على الخباثة، فإن إمكانية احتوائها على خلايا خبيثة ما تزال موجودة ويجب أخذ ذلك بعين الاعتبار، مما يقودنا إلى الاستنتاج أنه يجب اعتبار القرحات المعدية غير الشافية خبيثة حتى يثبت العكس.

الخيارات العلاجية للقرحات المعندة على العلاج(36-C)

1. *استئصال الملتوية البوابية:* يسهل هذا الإجراء الشفاء وينقص معدل النكس العالي المتصاحب مع القرحات المعندة، ويعتبر بكل تأكيد ضرورياً ومبرراً لمعالجة القرحات المعدية والعفجية.

2. *المعالجة بمثبطات مضخة البروتون:* إن استعمال الأوميبرازول (OMEPRAZOLE) يؤدي إلى شفاء القرحات المعندة على الجرعة المعتادة من H2RA، وللحصول على الفائدة القصوى فإن استعمال جرعة 40 ملغ من الأوميبرازول قد يكون ضرورياً في القرحات المعدية لأن الشفاء الجيد للقرحات المعندة يتطلب تثبيط أكثر من 98% من إفراز الحمض خلال 24 ساعة ولفترة علاجية كافية.

   يعتبر هذا الإجراء أفضل بكثير من الاستمرار بالمعالجة التقليدية بـــ H2RA إلى أمد طويل دون تحقيق نتائج تذكر.

   لا يوجد أي دليل لدعم فعالية المعالجة التشاركية بين H2RA ومثبطات مضخة البروتون، حتى إن فعالية أوميبرازول قد تتأثر وتضعف بالمشاركة مع مضادات الإفراز الحمضي الأخرى.

3. *العلاج الجراحي:* يتم اللجوء إلى المعالجة الجراحية حين التغلب على كل العوامل الأخرى المعيقة للشفاء وإعطاء المعالجات الفعالة واستمرار تعنيد القرحات المعدية.

   يجب التأكيد على أنه من المفضل وبشدة محاولة إيجاد سبب قابل للشفاء واستنفاذ كافة أساليب المعالجة الدوائية والمحافظة قبل اللجوء إلى المعالجة الجراحية لهذه القرحات.

5. التدبير الخاطئ للقرحات العرطلة في المعدة

يعمد بعض الأطباء إلى إحالة المرضى ذوي القرحات الكبيرة أو العرطلة في المعدة إلى المداخلة الجراحية فور كشفها، لاعتقادهم بأن شفائها غير ممكن بالعلاج الدوائي المحافظ، حتى وإن أُثبتت طبيعتها الحميدة بالفحص النسيجي والتشريح المرضي، وهذه ممارسة خاطئة لأن الدواء المختار في هذه الحالة هو إعطاء مثبطات مضخة البروتون بعد استبعاد الإنتان بالملتوية البوابية أو استعمال NSAID كعامل مسبب.

وبسبب أن القرحات العرطلة تشفى ببطء، وأن هناك إمكانية قدرها 10% لاحتمال كونها خبيثة، فإن استعمال المعالجة الفعالة(36-D) لمدة 12 أسبوعاً على الأقل تعتبر وسيلة ناجعة وجيدة لتدبير معظم هذه القرحات، وبديل مناسب عن الإجراء الجراحي.

يجب التأكيد على ضرورة مراقبة هذه القرحات سريرياً وتنظيرياً لتأكيد شفائها الكامل.

3) الأخطاء المرتكبة في تدبير القرحات العفجية

1. عدم إعطاء المعالجة الاستئصالية للملتوية البوابية في حالات القرحة العفجية

يمتنع بعض الأطباء عن إعطاء المعالجة الاستئصالية للمتلوية البوابية في الحالات التي يتم تشخيص القرحة العفجية فيها، وهذه الممارسة خاطئة لأن هناك دليلاً قوياً على أن الملتوية البوابية مسؤولة عن التسبب بكل حالات القرحة العفجية تقريباً[37-A] حيث لم يستعمل الأسبرين أو مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية.

لذلك يجب إعطاء المعالجة الاستئصالية في المرضى الذين لديهم قرحة عفجية[37-B] حديثاً أو الذين لديهم قرحة مشخصة سابقاً و لم يتم إعطاء هذه المعالجة لهم في الماضي.

2. الاستمرار بإعطاء مضادات الحموضة أو مثبطات مضخة البروتون لفترة غير محدودة

بعد تحسن الأعراض واستئصال الملتوية البوابية يكون معدل نكس القرحة العفجية ضئيلاً جداً ولا يحتاج المريض إلى معالجة استمرارية بمثبطات الحموضة[37-C] المعدية أو مثبطات مضخة البروتون.

3. أخذ الخزعات من القرحات العفجية بشكل روتيني لاستبعاد الخباثة

لا يوجد داعٍ لأخذ الخزعات من القرحات العفجية[38-A] بشكل روتيني لأن احتمال خباثة هذه القرحة هو نادر جداً.

4. إعادة التنظير لمرضى القرحات العفجية بعد اتمام المعالجة

لا تستطب إعادة التنظير الهضمي بشكل روتيني لمرضى القرحات العفجية غير المختلطة لتأكيد الشفاء[38-B] أو حتى اختبارات التأكد من استئصال الملتوية البوابية بعد المعالجة بالمضادات الحيوية. حين حصول تحسن الأعراض الكامل بعد المعالجة، ويحتفظ بذلك للمرضى الذين تستمر لديهم الأعراض، أو تكون معاودة وناكسة، أو المرضى الذين لديهم قرحات مختلطة بنـــزف أو انثقاب.

4) الأخطاء المرتكبة في تدبير النـزف الهضمي العلوي

1. التأخر بإجراء التنظير الهضمي العلوي لتشخيص سبب النـزف

يعتبر إجراء التنظير الهضمي العلوي من أجل التحديد الدقيق لموضع النـــزف ذو أهمية قصوى في التدبير المناسب والفعال لمرضى النـــزوف الهضمية، كما ويمكّن التنظير الهضمي العلوي من تطبيق المعالجة الإرقائية اللازمة والضرورية على البؤرة النازفة بشكل مباشر، للسيطرة على النـــزف الهضمي وإيقافه.

يعمد بعض الأطباء بشكل خاطئ إلى التأخر بإجراء التنظير الهضمي العلوي لتشخيص سبب النـــزف لأسباب مختلفة نذكر منها:

1. الانتظار والاعتقاد بأن المعالجة القرحية أو التخبرية سوف توقف النـــزف بدون الحاجة إلى تنظير.
2. عدم توافر إمكانية التنظير وتقنياته في بعض المناطق النائية.
3. الخوف من زيادة النـــزف ومفاقمته «وتخريش المعدة»، بدعوى أن التنظير قد يزيد النـــزف في المرحلة الحادة، وهذا الخوف غير مبرر على الإطلاق حين توفر التقنية والخبرة والمهارة المناسبة والكافية لدى الطبيب المنظر.
4. الاستمرار بنقل الدم لعدة أيام، والخوف من إجراء التنظير بسبب إما كون المريض مسناً، أو بسبب إصابته بعدة أمراض مصاحبة، قد تجعل التنظير الهضمي خطراً في حالته.

بشكل عام يجب إجراء التنظير الهضمي العلوي بعد تحسين الحالة العامة للمريض وإنعاشه بنقل السوائل الوريدية والدم (حسب الحاجة) واستقرار حالته وذلك بأسرع وقت ممكن. تختلف المقاربة قليلاً حسب الإمراضية المشتبه بكونها مسببة للنـــزف. فحين وجود شك عالٍ بوجود نزف هضمي ناتج عن دوالي المريء أو المعدة (بسبب تشمع كبد أو غيره)، فإنّ إجراء التنظير الهضمي العلوي يعتبر ضرورياً وواجباً خلال 6 ساعات من بداية النـــزف لتطبيق المعالجة اللازمة لإيقاف النزيف الهضمي.

أما حين الشك بآفة أخرى مسببة للنزف (قرحات معدية أو عفجية ...الخ) فيجب إجراء التنظير خلال 6-12 ساعة من بداية النـــزف إن أمكن، وعلى كل الأحوال فيجب إجراؤه خلال 24 ساعة من بداية النـــزف كأسوأ احتمال.

تجدر الإشارة إلى أنه في حال حدوث نزف هضمي أكيد (مثبت بالتغوط الزفتي للمريض) وسلبية التنظير الهضمي العلوي، فإن التنظير الهضمي السفلي مستطب لتشخيص وتحديد الآفة المسببة للنزف حيث أن النـــزف قد يكون صادراً عن منطقة الكولون الصاعد أو الأعور.

2. الأخطاء أثناء التنظير الهضمي

يتم إجراء التنظير الهضمي العلوي لتحديد سبب النـــزف من قبل معظم الأطباء الهضميين الممارسين لكن إمكانية تطبيق المعالجة الإرقائية المناسبة على موضع النـــزف (حقن أدرينالين موضعي، تصليب بـــ STD أو إيثانول أمين أوليات، ربط دوالي مريء، تصليب دوالي معدة بالهيستوأكريل، استعمال المخثر الحراري (المسبار الحراري Heat Probe)، هي مهارات علاجية متطورة وأساسية في تدبير المريض النازف، وللأسف غير متواجدة عند بعض الأطباء الاختصاصيين بسبب نقص في المعدات والتقنيات اللازمة لإجراء هذه المعالجة من جهة، أو عدم كفاية التدريب السريري في المعالجة التنظيرية أثناء فترة الاختصاص لدى بعض الأطباء من جهة أخرى مما أدى لنقص في خبرتهم في المعالجة التنظيرية.

يجب التأكيد حين إحالة المريض النازف لإجراء تنظير هضمي علوي إلى طبيب اختصاصي منظر على وجود هذه التقنيات والمهارات اللازمة لتدبير هذا المريض لدى هذا الطبيب المنظر.

يعتبر امتلاء المعدة بالدم أحد العوامل المهمة في التسبب بعدم إمكانية التحديد الدقيق للبؤرة النازفة، لذلك يجب التشديد والتأكيد على ضرورة تحلي الطبيب المنظر بالصبر والمثابرة وقيامه بإجراء رشف وغسيل متكرر لمحتويات المعدة من الدم والمفرزات للتمكن من التشخيص المؤكد، أو في حال الضرورة إعادة التنظير بعد إجراء غسيل للمعدة.

يجب أخذ العلم أن وجود قرحة هضمية كمسبب للنزف الهضمي العلوي يستلزم إجراء المعالجة الإرقائية الموضعية للبؤرة القرحية النازفة فقط حين وجود مظاهر تنظيرية لنـــزف حديث (STIGMATA OF RECENT BLEEDING) تجعل عودة النـــزف أمراً عالي الاحتمال.

هذه المظاهر هي:

1) نزف شرياني فعال

2) وعاء مرئي في قاعدة القرحة

3) أو خثرة طازجة ملتصقة في قاعدة القرحة

يجب التأكيد على ضرورة عدم اتخاذ أي إجراء علاجي إرقائي للقرحات ذات القاعدة النظيفة الخالية من الملامح التنظيرية المشار إليها آنفاً، إذ أن ذلك يحمل خطورة تحريض النـــزف من قاعدة القرحة.

3. الاستمرار بإعطاء الأسبرين للمرضى القلبيين المصابين بالنـزف الهضمي

يستمر بعض الأطباء الممارسين بإعطاء الأسبرين لهؤلاء المرضى (بسبب التأثير المضاد لالتصاق الصفيحات لتجنب حدوث الاختلاطات الخثرية أو الصمية أو التقليل من حدوثها) حتى في حالة إصابتهم بنـــزف هضمي علوي، وهذه ممارسة خاطئة يجب تجنبها خاصة في حال العثور على قرحات هضمية مسؤولة عن النـــزف أثناء التنظير الهضمي، حيث أن موازنة بسيطة تبين أن خطورة استمرار النـــزف نتيجة استعمال الأسبرين هي أعلى من خطورة الاختلاطات القلبية الأخرى مما يوجه لضرورة إيقاف الأسبرين أو مضادات الالتهاب اللا ستيروئيدية لهؤلاء المرضى النازفين لحين تشخيص الحالة وتقديم المعالجة المناسبة لها.

4. إجراء المداخلة الجراحية الإسعافية لتدبير النـزف الهضمي دون إجراء تنظير هضمي علوي

بداية يجب الاعتراف أن هذه الممارسة الخاطئة محدودة نسبياً في وقتنا الحاضر (برغم مشاهدتها من وقت لآخر)، ويعود سبب محدوديتها إلى أن معظم الأطباء الممارسين يتفهمون ضرورة إجراء تنظير هضمي علوي لتحديد موقع وطبيعة الآفة المسببة للنـــزف أولاً ومن ثم استبعاد وجود دوالي مريء أو قعر معدة ثانياً، حيث أن فتح البطن لدى هؤلاء المرضى المصابين بالتشمع وفرط توتر وريد الباب هو إجراء غير مناسب وخطر وقد يؤدي لعقابيل كارثية في بعض الحالات[38-C].

5. التسرع بإجراء المداخلة الجراحية لمرضى القرحات الهضمية النازفة (المعدية والعفجية)

يجب التأكيد على ضرورة التأني في وضع الاستطباب الجراحي لهؤلاء المرضى واستنفاذ دور المعالجة المحافظة والمعالجة. الإرقائية التنظيرية قبل إجراء المداخلة الجراحية اللازمة لإيقاف النــــزف.

يستطب إجراء المعالجة الجراحية لتدبير النــــزف الهضمي العلوي(38-D) الناجم عن قرحات معدية أو عفجية في الحالات التالية:

1. استمرار النــــزف الهضمي، أو عودة النــــزف الهضمي بعد توقفه، بعد إجراء المعالجة التنظيرية الإرقائية الموضعية، حين وجود المريض بالمشفى أو بعد تخرجه منها.
2. وجود قرحة ذات ملامح تنظيرية عالية الخطورة(38-E) لم تستجب للعلاج الإرقائي الموضعي.

هذه الملامح هي:

1) النــــزف الشرياني الحاد الذي يحمل خطورة عودة النــــزف في 90% من الحالات.
2) وجود وعاء دموي مرئي في قاعدة القرحة (يحمل خطورة 70% لعودة النــــزف).
3) وجود علقة دموية (خثرة) ملتصقة بقاعدة القرحة (30% خطورة لعودة النــــزف).

5) الأخطاء المرتكبة في تدبير الخمج بالملتوية البوابية

شكّل اكتشاف دور الملتوية البوابية في أمراض الجهاز الهضمي ثورة حقيقية في تدبير ومعالجة العديد من الأمراض المتسببة بها، وفيما يلي أهم الأخطاء الشائعة المرتكبة في تدبير الخمج بها:

1. استئصال الملتوية البوابية "تجريباً" وبدون استطباب

يلجأ بعض الأطباء الممارسين إلى إعطاء المعالجة الاستئصالية للملتوية البوابية لطيف واسع من الأمراض والشكايات الهضمية بدون استطباب جيد مثل تناذر الكولون المتهيج، عسرة الهضم غير القرحية أو الشك بوجود قرحة هضمية (تناذر قرحي)، القلس الهضمي الحامضي، ألم البطن الشرسوفي مجهول السبب.

يتم إعطاء هذه المعالجة عادة دون التأكد من دور الملتوية في الإمراضية أولاً، وحتى دون التأكد من وجود الخمج بها ثانياً، والحقيقة أن هذه الممارسات خاطئة لعدة أسباب:

1. لا يوجد دليل علمي على أن استئصال الملتوية البوابية له أي دور في معالجة تناذر الأمعاء الهيوجة أو عسرة الهضم غير القرحية أو القلس الهضمي. وعلى العكس قد يؤدي لتفاقم أعراض القلس الهضمي الحامضي.
2. إمكانية حدوث أعراض جانبية (قد تكون خطيرة) للأدوية المستعملة الموصوفة في علاج الخمج بالملتوية.
3. إمكانية تحسن المريض بشكل خفيف نتيجة المعالجة حتى في غياب الخمج، بسبب التأثير الموهم للأدوية (PLACEBO EFFECT) مما يؤدي إلى خلط تشخيصي لا يصب في مصلحة المريض.
4. ازدياد وصف المضادات الحيوية بشكل غير مناسب يزيد من حدوث المقاومة الجرثومية لها وذلك يزيد من نسبة فشل المعالجة الاستئصالية عامة.

2. إعطاء المعالجة الثنائية للملتوية البوابية ولفترات طويلة

يلجأ بعض الأطباء إلى إعطاء المعالجة الاستئصالية للملتوية البوابية عن طريق وصف كميات كبيرة من المضادات الحيوية (أموكيسيسلين أو كلاريثرومايسين) مع مثبطات

مضخة البروتون لمدد طويلة قد تصل إلى شهرين أو أكثر. والحقيقة أن المعالجة الاستئصالية تعطى في بريطانيا لمدة أسبوع وفي الولايات المتحدة لمدة 10-14 يوماً فقط ولم يثبت للعلاج المديد أي دور في تحسين نسبة الشفاء من الخمج بالملتوية.

يلجأ البعض الآخر من الأطباء إلى إعطاء المرضى المصابين بالخمج معالجة استئصالية ثنائية (مضاد حيوي + PPI) (كالمعالجة السابقة) للملتوية البوابية، والحقيقة أنه ثبت علمياً أن المعالجة الاستئصالية الثلاثية هي الأفضل بالنسبة لنجاح استئصال الملتوية، والتي ثبت فعاليتها في أكثر من 90% من الحالات، ولذلك فإن المعالجة الثنائية (مضاد حيوي + مثبط مضخة بروتون) أصبحت شيئاً من الماضي ولا دور لها في الوقت الحاضر.

إن أفضل المعالجات الموصوفة ثلاثية النسبة للملتوية البوابية هي التي تحتوي على AMOXYCILLIN + CLARITHROMYCIN + PPI.

والجرعات هي: أموكيسيلين: 500 ملغ: حبتان صباحاً وحبتان مساءً.

كلاريثزومايسين: 500 ملغ صباحاً و500 ملغ مساءً بعد الطعام.

أوميبرازول أو لانسوبرازول (20 ملغ صباحاً ومساءً قبل الطعام من الأوميبرازول).

(أو 30 ملغ صباحاً ومساءً قبل الطعام من الأخير)

يلجأ البعض الآخر إلى وصف هذه الدورة العلاجية ولكن بإعطاء جرعة وحيدة من مثبطات مضخة البروتون (20 ملغ من أوميبرازول أو 30 ملغ لانسوبرازول مرة واحدة باليوم) وهذه ممارسة خاطئة حيث ثبت أن إعطاء الجرعة المضاعفة من مثبطات مضخة البروتون[39] هي أكثر فعالية من إعطاء الجرعة الوحيدة للحصول على نتائج عالية في الاستئصال.

هناك بعض الأطباء الذين يتورعون على وصف المعالجة الاستئصالية بسبب التكلفة العالية نسبياً للأدوية الموصوفة، والخوف من تذمر المريض وهروبه للمداواة عند طبيب آخر رغم ضرورة إعطائها وثبوت الخمج بالملتوية لدى المريض، والحقيقة أن توعية المريض وشرح أهمية استعمال المعالجة كاملة، هي كفيلة بإقناع المريض وإفهامه أن الهدف النهائي والأسمى هو شفاؤه من المرض وقد يساعد في ذلك إعطاء شرح بسيط عن الملتوية البوابية وخطرها على الجهاز الهضمي ومضاعفات الإصابة بها.

على كل حال بالنسبة للمرضى ذوي الأوضاع المادية السيئة أو ذوي الدخل المحدود الذين يشكل ثمن الدواء عبئاً مالياً عليهم فإنه يوجد خيار آخر وهو إعطاء نصف جرعة الكلاريثرومايسين (أي 250 ملغ صباحاً ومساءً لمدة 14 يوماً)، وقد تبين أن هذا الإجراء لم يؤثر على نتائج معدل استئصال الملتوية البوابية[40] بالدراسات العلمية.

الخيار الثاني بالنسبة لهؤلاء المرضى هو إعطاء مثبطات مضخة البروتون مع الأموكسيلين مع الميترونيدازول لمدة أسبوعين ونسبة نجاح الاستئصال للملتوية في هذه المعالجة هي أكثر من 80% [41] (حوالي 84%).

3. إعادة إعطاء نفس المعالجة الثلاثية حين فشل استئصال الملتوية البوابية

بعد فشل المعالجة الاستئصالية للملتوية البوابية فإن استعمال مشاركة دوائية ثلاثية مؤلفة من (أموكسيسيلين + ليفوفلوكساسين + PPI) لمدة 10-14 يوماً[42] هو أكثر فعالية من إعطاء المعالجة الرباعية التي تعطى عامة والمحتوية على البيزموث، وتشكل هذه المشاركة خطاً علاجياً ثانياً كبديل للرباعية.

لقد ثبت أن استعمال الدورة العلاجية المؤلفة من:

رابيرازول 20 ملغ × 2 + ليفوفلوكساسين 500 ملغ × 2 + تينيدازول 500 × 2 لمدة 7 أيام هو مثالي بشكل جيد في القضاء على الملتوية[64] بنسبة 90% من الحالات.

حيث تبين أن الليفوفلوكساسين هو بديل فعال للكلاريثرومايسين في دورات المعالجة الثلاثية.

يتضح مما سبق ضرورة وصف دورة علاجية مختلفة عن الدورة الأولى التي تم استعمالها وعدم تكرار نفس المعالجة الموصوفة سابقاً.

6) أخطاء علاجية متفرقة في تدبير أمراض المعدة والعفج

1. الحمية الحليبية لمعالجة القرحات الهضمية

للأسف ما زال بعض الأطباء يلجؤون إلى وصف الحمية المعتمدة على الحليب لمعالجة القرحات الهضمية (التي كانت تستعمل قديماً).

لقد تبين بنتيجة الدراسات العلمية أن الحليب هو منبه قوي لإفراز الحمض من المعدة (SECRETOGOGUE) بسبب محتواه من الكلس والبروتين. وهكذا فإن تأثيره المحفز لإفراز الحموضة المعدية هو أكثر من التأثير المنقص أو المعدل لها، وهو ليس مضاد حموضة فعال أيضاً. يجب تحذير المرضى أن الحليب هو ليس المعالجة النوعية للقرحات التي لديهم[44].

2. إعطاء مثبطات مضخة البروتون لمعالجة الألم البطني مجهول السبب

حينما يكون الألم البطني هو الشكاية الرئيسية للمريض فإن القصة السريرية والفحص الفيزيائي غالباً ما يمكّنان من وضع التشخيص التفريقي للآفة الهضمية المسببة للألم البطني.

وحين يكون الشك بوجود قرحة هضمية عالياً (تناذر قرحي وصفي ULCER-LIKE DYSPEPSIA) فإن الخطوة المنطقية التالية هي إجراء التنظير الهضمي العلوي.

يعتبر إعطاء مثبطات مضخة البروتون في الفترة ما بين مشاهدة المريض وإجراء التنظير الهضمي والتي قد تمتد لعدة أيام وأسابيع خطأً شائعاً يُرتكب من قبل بعض الأطباء الممارسين لأنه يساعد في طمس (obscure) الآفة الهضمية المسببة (خاصة إذا كانت الفترة الزمنية طويلة نسبياً)، من جهة، ومن جهة أخرى يجعل الفحوص المجراة لتشخيص الملتوية البوابية غير قابلة للوثوق بها أو الاعتماد عليها (لحصول سلبية كاذبة أحياناً).

ينطبق هذا أيضاً على المرضى المصابين بألم بطني مجهول السبب، فإن إعطاء هذه الأدوية هو ممارسة خاطئة قد تعرض المريض للتأثيرات الجانبية[45] لتلك الأدوية والابتعاد عن الآفة الأساسية المسببة للألم البطني.

3. مشاركة مثبطات مضخة البروتون مع حاصرات مستقبلات الهيستامين (H2RA)

هي مشاركة خاطئة وغير مستندة إلى أساس علمي وتعرض المريض لحدوث الأعراض الجانبية لكلا الدوائيين دون مبرر واضح أو فوائد ملموسة على صعيد المعالجة والتدبير.

لذلك لا يوجد أي دليل لدعم فعالية المعالجة التشاركية[46]، حتى إن فعالية أوميبرازول قد تتأثر أو تضعف بالمشاركة مع مضادات الإفراز الحمضي الأخرى.



الفصل الثالث

الأخطاء المرتكبة في تدبير آفات الأمعاء الدقيقة والغليظة

1 الأخطاء المرتكبة في تدبير التهاب الكولون التقرحي

2 الأخطاء المرتكبة في تدبير داء كرون

3 الأخطاء المرتكبة في تدبير تناذر الأمعاء الهيوجة

4 الأخطاء المرتكبة في تدبير الشقوق الشرجية

5 الأخطاء المرتكبة في تدبير البواسير الشرجية

6 الأخطاء المرتكبة في تدبير سرطان الكولون

1) الأخطاء المرتكبة في تدبير التهاب الكولون التقرحي

1. التأخر في تشخيص التهاب الكولون التقرحي

إن التهاب الكولون التقرحي هو مرض شائع ومشاهد في بلادنا أكثر بكثير مما يتصور بعض الأطباء، وعدم إدراك هذه الحقيقة مردها إلى التشخيص الخاطئ، أو التأخر في تشخيص هذا المرض.

إن الأعراض الرئيسية لالتهاب الكولون التقرحي هي:

1. إسهال.
2. نزف شرجي.
3. إمرار مخاط من الشرج.
4. ألم البطن[47].

في العديد من الحالات، قد يشكو المريض من الأعراض لعدة أسابيع أو حتى أشهر قبل استشارة الطبيب، حيث أن البدء الخاتل والبطيء لالتهاب الكولون التقرحي هو السير المميز لهذا المرض.

قد يشكو المريض من قصة نوبات متقطعة من الإسهال والنـــزف والتي قد تكون خفيفة في شدتها إلى درجة استغناء المريض عن استشارة الطبيب وعدم اكتراثه بها.

يلجأ بعض الأطباء حين تدبير المرضى المصابين بإسهالات مخاطية مدماة مع ألم بطني إلى طلب فحص براز لاستبعاد السبب الإنتاني (كالإنتان الزحاري) وهذا تصرف وممارسة منطقية كبداية للتدبير. يجد بعض الأطباء أكياس زحارية في البراز، ومعظم الحالات تعالج على أساس زحار مزمن لأسابيع أو أشهر مع إعادة الدورات المتكررة من الميترونيدازول والمضادات الحيوية الأخرى بتحسن خفيف أو عدم تحسن على الإطلاق في أعراض المريض. إن هذا النوع من المرضى هم المرضى الواجب إحالتهم إلى أطباء الهضمية للحصول على التشخيص الأكيد عن طريق التنظير الهضمي السفلي (تنظير الكولون السيني كبداية).

إن معالجة المريض لأسبوعين أو ثلاثة على الأكثر بالميترونيدازول مع عدم وجود استجابة لدى المريض يجب أن تنبه الطبيب إلى احتمال وجود التهاب كولون تقرحي أو داء كرون أو آفات أخرى يجب تشخيصها عند المريض بالإحالة إلى طبيب الهضمية المختص، خاصة في حال استمرار النـــزف الشرجي والإسهالات.

2. إعطاء المعالجة لالتهاب الكولون التقرحي دون تشخيص أكيد عن طريق التنظير والخزعة

إن استمرار الأعراض لدى المرضى المصابين بالتهاب الكولون التقرحي غير المشخص بعد معالجتهم من قبل أطبائهم بالمضادات الحيوية والميترونيدازول لعدة أسابيع، قد يحفز بعض الأطباء ويدفعهم إلى وصف مركبات السالازوبيرين أو الميزالازين لهم بالطريق الفموي وتجربة هذه المعالجة لفترة من الزمن، وهذه الممارسة خاطئة لسببين:

1. قد يكون الإسهال لديهم ناجماً عن استعمال الساليسيلات والتي قد تسبب التهاب كولون (نادراً)، وهؤلاء المرضى قد يشخصون بشكل خاطئ على أساس أن لديهم التهاب كولون تقرحي، وتتم معالجتهم بأدوية محتوية على 5-AMINO SALYCILIC ACID والذي يجعل حتماً حالتهم أسوأ [48].
2. حتى وإن كان هؤلاء المرضى مصابين بالتهاب كولون تقرحي، وشكايتهم تشكل جزءاً من الهجمة الحادة لالتهاب فعال في المستقيم أو الكولون، فإن التأثير العلاجي[49] لهذه لمركبات هي أقل من الستيروئيدات، وينحصر الدور الرئيسي لها في المحافظة على الهجوع بعد زوال الالتهاب الفعال.

يعتمد تشخيص التهاب الكولون التقرحي على القصة والفحص السريرين (وبشكل رئيسي القصة السريرية). فحص البراز، وعلى إجراء التنظير الهضمي السفلي (السيني أو الكولونات) والتقييم النسيجي للخزع المستقيمية أو الكولونية بالتشريح المرضي[50].

3. الأخطاء في معالجة الهجمة الحادة لالتهاب الكولون التقرحي

يلجأ بعض الأطباء في تدبير المرضى المشخص لديهم التهاب كولون تقرحي مثبت بالتنظير والخزعة، إلى معالجة الهجمة الحادة بمركبات 5-AMINO SALYCILIC ACID، والحقيقة أنه

برغم وجود عدة آراء مختلفة حول المعالجة الدقيقة والمناسبة لالتهاب الكولون التقرحي الحاد الفعال، يلجأ الأطباء عموماً إلى استعمال الستيروئيدات للسيطرة على الالتهاب الفعال لأنها أكثر فعالية من مركب السلفاسالازين، عند تحقق السيطرة على المرض وحصول الهجوع فإن استعمال مركبات 5-ASA تسمح باستمرار الهجوع والمحافظة عليه.

4. ضعف مطاوعة المريض واستعماله للعلاج الموصوف

بالرغم من أن هذا الأمر متعلق بالمريض أكثر منه بالطبيب، إلا أن الأطباء يتحملون مسؤولياتهم تجاه مرضاهم في التثقيف والتوعية ووضع خطة المعالجة، ومناقشتها مع المريض وشرحها بالتفصيل، مع التأكيد الحاسم والجازم على أن المريض قطعاً بحاجة لاستعمال المعالجة الموصوفة حسب التعليمات أولاً، والتأكيد على الاستمرار باستعمال مركبات 5-ASA للمحافظة على الهجوع ثانياً بعد تحسن الالتهاب الفعال.

تعد فكرة استخدام الدواء مدى الحياة أمراً مستغرباً ومزعجاً بآن واحد من قبل بعض المرضى، وغير مفهوم بالنسبة للبعض الآخر. وهذا ما يدفع معظم المرضى لإيقاف معالجاتهم بشكل كامل بعد حصول تحسن في الأعراض وزوال الالتهاب الفعال والهجمة الحادة، لذلك يجب التأكيد ثم التأكيد على الأطباء لشرح أهمية الاستعمال الدائم للمعالجة المحافظة على الهجوع في كل زيارة أو مراجعة يقوم بها المريض للطبيب، ومضار ومساوئ توقف استخدام هذه المعالجة والذي غالباً ما يؤدي للنكس بعد فترة قصيرة أو طويلة من إيقاف المعالجة.

5. إجراء تنظير الكولونات الكامل لتشخيص التهاب الكولون التقرحي

يعد إجراء تنظير الكولونات الكامل حتى الأعور غير ضروري لتشخيص التهاب الكولون التقرحي في معظم المرضى[51]، ولكنه مفيد في تحديد شدة المرض مع أخذ خزعات متعددة عبر المناطق المختلفة من الكولون لرسم خريطة الانتشار والشدة النسيجية للمرض ولإثبات التشخيص، وكذلك حين الشك بوجود داء كرون أيضاً.

بشكل عام لا يمكن النصح بإجراء تنظير كولون كامل للتشخيص، ومن أجل معظم المرضى[52] يجب إجراؤه حين السيطرة الكاملة على الالتهاب الفعال من أجل تأكيد التشخيص وتحديد شدة المرض، حيث أن خطر الانثقاب يزيد في حالة التنظير الكامل بالهجمة الحادة.

6. الاستمرار باستعمال الستيروئيدات للمحافظة على الهجوع

يلجأ بعض الأطباء إلى الاستمرار باستعمال الستيروئيدات للمحافظة على الهجوع بعد السيطرة على الالتهاب الفعال في الهجمة الحادة ولو بجرعات خفيفة، لاعتقاد خاطئ أن ذلك يحافظ على الهجوع ويمكّن من تحقيق سيطرة فعالة على المرض، والحقيقة أن هذه الممارسة خاطئة لأن الدراسات العلمية أثبتت عدم فعالية الكورتيزون الفموي والبريدنيزولون في المحافظة على الهجوع[53].

لذلك فإن استعمال الستيروئيدات يجب أن يقتصر على معالجة الهجمة الحادة (الالتهاب الفعال)، والمعالجة المطولة بها هي مضادة استطباب ليس فقط بسبب الأعراض الجانبية على المدى الطويل والاستعمال المديد، بل لأنها غير فعالة في المحافظة على الهجوع في الغالبية العظمى من المرض[54].

7. تدبير المرضى المعتمدين على الستيروئيدات للسيطرة المستمرة على المرض

هناك فئة من المرضى المصابين بالتهاب الكولون التقرحي والذين يستجيبون للستيروئيدات في الهجمة الحادة ولكن الأعراض تنكس بشكل متكرر بعد إيقاف الستيروئيدات أو إنقاص الجرعة إلى 10 أو 15 ملغ وهؤلاء المرضى هم استطباب جيد للمعالجة بمثبطات المناعة من قبل اختصاصي الهضمية، حيث أن استعمالهم يسمح بتخفيف جرعة الستيروئيدات وحتى إيقافها تماماً[55] (Steroid Sparing effect).

من هذه الأدوية المثبطة للمناعة: AZOTHIOPRINE 6 MP، CYCLOSPORINE، ستيكوسبورين. والتي يجب أن توصف من قبل الطبيب الاختصاصي الهضمي حيث أنها تحتاج لمراقبة دقيقة، وأن تكون تحت إشرافه الكامل.

8. استعمال المضادات الحيوية لمعالجة التهاب الكولون التقرحي

لا يوجد أي دور لاستعمال المضادات الحيوية في تدبير التهاب الكولون التقرحي[56]. ما لم يكن هناك استطباب محدد ونوعي مثل:

1. وجود خراج.
2. إيجابية زرع الدم.
3. وجود انثقاب كولوني.

9. عدم إجراء التنظير الدوري لتحري سرطان الكولون في المرضى الذين مضت على إصابتهم أكثر من 10 سنوات

منذ ثلاثينات القرن الماضي، أُعترف بحدوث سرطان الكولون[57] كاختلاط لالتهاب الكولون التقرحي، لكن معظم الدراسات اتفقت على أن الخطورة تزداد في المرضى الذين يعانون من التهاب كولون تقرحي شامل لكل الكولون أو التهاب كولون شديد، وتتضح الخطورة أكثر وأكثر بعد مضي 10 سنوات على إصابة المريض بالتهاب الكولون التقرحي.

يجب إجراء التنظير الدوري للمرضى الذين لديهم التهاب كولون شديد EXTENSIVE COLITIS والذي مضت على إصابتهم أكثر من 8-10 سنوات، ويجب أخذ خزعات متعددة بفواصل 10 سم على طول الكولونات مع إجراء خزعات إضافية[58] للمناطق المشتبهة (DYSPLASIA-ASSOCIATEDLESION or MASS, DALM) لتحري عسرة التصنع.

عند عدم وجود عسرة تصنع فإنه يجب إعادة التنظير الكولوني كل 1-3 سنوات. مع أن التحري السنوي هو المثالي.

في حال وجود عسرة تصنع عالية HIGH GRADE DYSPLASIA [59] فإن ذلك يجب أن يؤكد من قبل اختصاصي تشريح مرضي ثان، وقد يستلزم ذلك إعادة التنظير ثانية لأن وجودها سوف يجبر الطبيب على نصح المريض بالخضوع لاستئصال كولون وقائي (PROPHYLACTIC SURGERY).

في حال وجود عسرة تصنع خفيفة فيجب إعادة التنظير الكولوني مع خزعات متعددة خلال 3 أشهر وإذا تم إثباتها فإن المريض يجب أن يخضع للتنظير الكولوني كل 6 أشهر حتى اختفاء عسرة التصنع أو مشاهدة عسرة التصنع العالية (المفرطة) (HIGH GRADE DYSPLASIA) [60].

10. المفاهيم الخاطئة حول علاقة الحمل بالتهاب الكولون التقرحي والمعالجة أثناء الحمل

لقد اتضح من الدراسات العلمية والأبحاث أن التهاب الكولون التقرحي لا يتعارض مع الإخصاب، وأنه لا توجد زيادة في خطورة حدوث الإجهاض العفوي في المريضات المصابات بهذا المرض. وأبعد من ذلك لا يوجد ما يدل على أن الحمل هو عامل خطورة

لنكس المرض في التهاب الكولون التقرحي[61] أو أن معدل النكس هو شائع في فترة النفاس.

إن المريضات بالتهاب الكولون التقرحي ينجبون عادة أطفالاً أصحاء ولا يوجد أية تأثيرات خطيرة للمرض على الجنين أثناء الحمل.

وأكثر من ذلك فإن الستيروئيدات والسلفاسالازين وحتى الآزوثيوبرين هي معالجات آمنة الإعطاء خلال فترة الحمل[62]، ولذلك لا يوجد أي استطباب لإيقاف المعالجة المحافظة على الهجوع في أية مريضة يحدث لديها الحمل. خلافاً لذلك وبسبب كون الميتوثريكسات (METHOTREXATE) لها تأثيرات مشوهة للجنين فهي مضاد استطباب أثناء الحمل.

يجب معالجة النكس أثناء الحمل بشكل فعال للحصول على هجوع سريع للمرض.

2) الأخطاء المرتكبة أثناء تدبير داء كرون

تنطبق العديد من الأخطاء المرتكبة من قبل الأطباء في تشخيص ومعالجة التهاب الكولون التقرحي على معالجة وتدبير داء كرون ولذلك فضلنا عدم ذكرها وإعادتها هنا، ورأينا التركيز على معالجة الاختلاطات حول الشرج المتصاحبة بداء كرون والأخطاء المشاهدة فيها.

تعد الاختلاطات حول الشرج (بواسير - شقوق شرجية - خراجات) من الاختلاطات الشائعة التي تترافق مع داء كرون.

يلجأ بعض الأطباء الجراحين إلى التعامل بشدة مع الاختلاطات المذكورة لدى المرضى المشخص لديهم داء كرون، فيعمدون إلى الاستئصال الجراحي للبواسير والمعالجة بالربطات المطاطية، وهذه المعالجات كلها خاطئة، وهي مضاد استطباب[63] بسبب الحدوث المتكرر للاختلاطات بعد العمل الجراحي والتي تتضمن ضعف شفاء الجرح - التضيق الشرجي المستقيمي، ووجود نسبة عالية من الحاجة لاستئصال المستقيم بعد ذلك (PROCTECTOMY).

- لا ينصح أيضاً باستئصال SKIN TAGS [64].
- ينطبق الأمر ذاته على معالجة الشق الشرجي حيث أن استئصال الشق الشرجي[65]. في مريض مصاب بداء كرون هو مضاد استطباب في هؤلاء المرضى.
- بالنسبة للخراجات فيجب تفجيرها جراحياً، وبالنسبة للتضيقات[66] فإنه يتوجب توسيعها.
- قد تشفى النواسير البسيطة بالمعالجة بالمضادات الحيوية واستئصال الناسور مع أو بدون AZOTHIOPRINE أو 6MP أو INFLIXIMAB.
- بالنسبة للنواسير المهبلية المستقيمية فعلاجها دوائي محافظ أولاً، وحين عدم الاستجابة فإن المعالجة الجراحية هي الخطوة التالية في التدبير.
- معظم النواسير المعقدة تشفى باستعمال INFLIXIMAB [67] ويعتقد أن هذه هي المعالجة البدئية المختارة للنواسير وذلك مع استمرار إعطاء مثبطات المناعة للمحافظة على الهجوع ومعاكسة التفاعل المناعي الحاصل كاستجابة للدواء.
- يجب الإشارة إلى ضرورة معالجة داء كرون جهازياً للسيطرة على المرض بالإضافة للمعالجة النوعية الدوائية والجراحية (إن لزم الأمر).

3) الأخطاء المرتكبة في تدبير متلازمة الأمعاء الهيوجة (IBS)

1. الإفراط في تشخيص IBS

يعد تناذر الأمعاء الهيوجة من الأمراض الشائعة في الدول المتقدمة وكذلك في دول العالم الثالث، إذ يشكل حوالي 30% من المرضى المحالين للعيادات الهضمية.

الحقيقة أننا لا نعاني من نقص في تشخيصه، وإنما من زيادة مفرطة غير مبررة في تشخيص هذا التناذر حيث يعمد الأطباء إلى التسرع بتشخيص تناذر الكولون المتهيج بدون تطبيق المعايير التشخيصية المعتمدة عالمياً في تشخيصه (مثل ROME II CRITERIA)، ويلجؤون إلى إطلاق هذا التشخيص على كل مريض يتظاهر سريرياً بعسرة هضم يكون فيها الشعور بالنفحة البطنية (الانتفاخ البطني) أو الشعور بالامتلاء بعد الطعام أو الشعور بالغازات في البطن هو العرض الرئيسي، خاصة إذا ترافق ذلك مع ألم أو عدم ارتياح بطني دون تجشم عناء أخذ قصة سريرية مفصلة واستجواب دقيق عن الأعراض المنذرة بالخطر بشكل عام مثل عسرة البلع، نقص الشهية، نقص الوزن، النـــزف الشرجي أو التغوط المدمى، أو إجراء فحص سريري كامل للبحث عن العلامات السريرية التي لا يمكن عزوها لتناذر الأمعاء الهيوجة مثل فقر الدم، ضخامات حشوية (كبدية أو طحالية) أو وجود كتلة محسوسة بالشرسوف.

يطلق بعض الأطباء مصطلح «عصب بالمعدة أو عصب بالكولون» للدلالة على تشخيصهم لمرض المريض على أنه تناذر الكولون المتهيج، ويعمد أكثرهم إلى إخبار المريض به وإلى أن يدخل في روعه أن كل ذلك ناجم عن التوتر النفسي والإجهاد العصبي، وهذا صحيح إلى درجة كبيرة، ولكنه يتجاهل دور الحمية الغذائية والتي يتناولها المريض والتي غالباً ما تزيد أعراض المرض سوءاً (وخاصة الحليب ومشتقاته)، أو دور الإنتانات المعوية في إحداث تناذر الأمعاء الهيوجة بعد الإنتاني (POST INFECTIOUS IBS) أو علاقته مع الدورة الطمثية، أو تناول الكحول والمشروبات الروحية التي قد تفاقم أعراض المرض.

2. خلط تشخيص IBS مع أمراض أخرى قد تكون خطيرة دون الانتباه إليها

يلجأ معظم المرضى إلى تقديم النفخة البطنية في ترتيب شكاياته للطبيب والذي يترادف لا شعورياً في أذهان البعض من الأطباء مع IBS، وحينها يعتقدون بوصولهم للتشخيص

ويهملون الاستجواب المفصل والقصة الدقيقة والفحص السريري المتأني والكامل. والحقيقة أن مهارة الطبيب وخبرته لا تكمن في تشخيص IBS فقط، إنما في البحث بعناية عن آفات أو أمراض أخرى خطيرة تدخل في التشخيص التفريقي، وقد تلتبس مع شكايات المريض وأعراضه.

لذلك نؤكد على ضرورة الاستجواب المفصل والفحص السريري الكامل أولاً، ومن ثم تطبيق المعايير التشخيصية المعتمدة عالمياً (معايير روما II لتشخيص IBS) ثانياً، ومن ثم طلب الاستقصاءات اللازمة لاستبعاد الأمراض الخطيرة التي قد تدخل في التشخيص التفريقي لتناذر الأمعاء الهيوجة ثالثاً إن لزم الأمر.

تتضمن هذه الاستقصاءات فحص دم كامل مع ESR، CRP، فحص براز. أحياناً، (حين التظاهر الرئيسي بإسهال)، وقد تمتد لتشمل إجراء تنظير هضمي علوي لاستبعاد القرحات الهضمية والخباثات بالجهاز الهضمي العلوي، أو تصوير بالأمواج فوق الصوتية للبطن لاستبعاد آفات الكبد والمرارة والطرق الصفراوية. وقد تمتد إلى أبعد من ذلك لتشمل إجراء تنظير كولون سيني أو لكامل الكولون لاستبعاد خباثات الكولون أو داء الأمعاء الالتهابي (IBD).

قد يتطلب ذلك إجراء فحص براز لتحري الكيسات والجراثيم والطفيليات التي قد تكون سبباً في شكايات المريض. إن عدم تطبيق هذه الإرشادات في تشخيص المرض وتدبيره قد تؤدي إلى التشخيص الخاطئ وبالتالي إعطاء العلاج غير المناسب مما يسهم في إطالة المعاناة لبعض المرضى دون مبرر سوى إهمال الطبيب وجهله.

لقد رأينا الكثير من المرضى في الممارسة الطبية الذين تم اتهام تناذر الأمعاء الهيوجة في التسبب بأعراضهم لفترة طويلة من الزمن ومن ثم في مرحلة من مراحل معاناتهم تم طلب إجراء تنظير هضمي علوي وشُخص لديهم قرحات معدية أو عفجية وتمت معالجتها مما أدى لاختفاء أعراضهم وشكاياتهم الهضمية، والشفاء بشكل كامل من الاضطرابات الهضمية التي كانوا يعانون منها زمن طويل.

من جهة أخرى هناك مرضى آخرون تمت معالجتهم على أساس IBS لفترة طويلة إلى أن تم إجراء تنظير هضمي سفلي ليظهر التهاب كولون تقرحي أو داء كرون أو حتى سرطان كولون غير مشخص مما أدى لتغيير جذري في التدبير والمعالجة لهؤلاء المرضى، هذا عدا

عن المرض الذين شخصت لديهم سرطانات معدية أو مريئية في مراحل متأخرة بسبب الإهمال وعدم إجراء الاستقصاءات اللازمة ولوم IBS والتهامه التسبب بأعراضهم.

3. إعطاء المهدئات النفسية أو المطمئنات الكبرى أو مضادات الذهان لمعالجة IBS

يلجأ بعض الأطباء بعد وضع تشخيص IBS لدى المرضى إلى وصف المعالجات الدوائية المختلفة لهم، ويلاحظ في معظم الدورات العلاجية احتواؤها على العديد من الأدوية النفسية (المهدئات – مضادات الذهان – المطمئنات الكبرى)، وهذا خطأ شائع في الممارسة الطبية (DOGMIL-URBANYL-ATIVAN-MOTVAL-LEXOTAN-...etc).

إن الأدوية الرئيسية التي ثبت فعاليتها في معالجة IBS بشكل جيد هي مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات[68].

في تحليل للعديد من الدراسات (META ANALYSIS) تبين أن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات هي أفضل من الدواء الموهم (PLACEBO) في معالجة تناذر الأمعاء الهيوجة.

هناك بعض الدراسات التي أثبت فعالية معقولة لبعض SSRIs مثل CITALOPRAM أو PARAOXETINE، ولكن ليس FLUOXETINE (PROZAC).

4) الأخطاء المرتكبة في معالجة الشقوق الشرجية

الشق الشرجي هو تمزق في بطانة القناة الشرجية. يسبب آلاماً شرجية شديدة أثناء التغوط قد تستمر لساعات (إن لم يعالج باكراً)، مع نزف دموي شرجي أو حرقة شرجية.

ينتج عن الشق الشرجي حدوث ارتشاح تليفي يؤدي لزيادة توتر المعصرة الشرجية وعدم الشفاء والإزمان والنكس المتكرر.

إن الأخطاء المشاهدة في تدبير الشقوق الشرجية يمكن إجمالها بما يلي:

1. *اللجوء إلى الجراحة كخط أول للمعالجة:*

لا تعتبر الجراحة الخط الأول لمعالجة الشقوق الشرجية[69] في الوقت الحاضر، حيث إن المعالجة الدوائية تسمح بتجنب الاختلاطات التي تحدث بشكل متكرر بعد المعالجة الجراحية.

إن المعالجات المختلفة على التسلسل تتضمن:

1. استعمال مرهم نتروغليسيرين موضعي.
2. حقن ذيفان المطثيات الوشيقية في المعصرة الشرجية. يفيد في 73-96% من الحالات[70].
3. خزع المعصرة الجانبي (الوحشي) (LIS).

من المعالجات الحديثة استعمال 0.5% نيفيديبين (NIFIDIPINE) كمرهم موضعي وهي معالجة جديدة واعدة وسهلة الاستعمال وفعالة كبديل لخزع المعصرة الوحشي الجانبي[71].

هناك أيضاً توسيع المعصرة الشرجية بالبالون وهي طريقة فعالة وسهلة وآمنة لمعالجة الشقوق الشرجية (إذ تنقص ضغط المعصرة أثناء الراحة)[99].

2. *حقن الليدوكائين الموضعي في الشق الشرجي:*

يلجأ بعض الأطباء إلى هذا الإجراء المثير للجدل برغم عدم وجود أي أساس علمي أو منطقي له وعدم ثبوت فعاليته بالدراسات والأبحاث العلمية.

5) الأخطاء المرتكبة في معالجة البواسير

1. استعمال المعالجة الدوائية بغرض شفاء البواسير

تستعمل الأدوية من زمرة الفلافونويدز FLAFONIOIDS [73] للسيطرة على الأعراض الحادة وإراحتها وتخفيفها وفي السيطرة على النـــزف ومنع عودة النـــزف في كل درجات البواسير.

لا تهدف المعالجة المحافظة بالأدوية إلى شفاء البواسير ولكن تستعمل[74] فقط للسيطرة على النـــزف في الطور الحاد حتى يتم استعمال المعالجة الفعالة المحددة لها بالوقت المناسب.

إن استعمال الحمية عالية الألياف أو المعالجة بالألياف لها تأثير جيد في إراحة النـــزف والأعراض الأخرى في البواسير العرضية[75].

2. ادعاء بعض الأطباء معالجة البواسير بالليزر

يدعي بعض الأطباء معالجة البواسير بالليزر فهل هذا صحيح؟ أم أنه فقط ضحك على عقول العامة والبسطاء من الناس لمعرفتهم بسحر الليزر وتأثيره على عقلية المريض العربي بشكل عام، ينقسم هؤلاء الأطباء إلى قسمين:

1. *الأول يستعمل الأشعة تحت الحمراء وبعضهم يخبر المرضى بأنه يعالجه بالليزر:* إن التخثير بالأشعة تحت الحمراء يستعمل بشكل شائع لعلاج[76] البواسير ولكن قد يستمر النـــزف بعد هذه المعالجة، ولذلك للسيطرة على الأعراض خاصة النـــزف يتوجب استعمال المعالجة المساندة (ADJUVANT THERAPY) مثل مركبات MPFF، وخاصة في الدرجات الأولى والثانية من البواسير الداخلية الحادة.
2. *القسم الثاني لا يستعمل الليزر أو الأشعة تحت الحمراء على الإطلاق* إنما يوهم المرضى بذلك، وغالباً يلجأ لإجراء توسيع معصرة شرجية فقط لتحسين الأعراض، وبشكل عام فإن المعالجة بالتخثير بالليزر هي عملية آمنة وفعالة لمعالجة البواسير الداخلية من الدرجة الثالثة باستعمال DIODE LASER COAGULATION وهذه النتائج تم الحصول عليها من الدراسات في الصين التي أكدت هذه النتائج.

3. إحالة كافة مرضى البواسير للعمل الجراحي

إن المعالجة الجراحية يحتفظ بها وتستطب خاصة في بواسير الدرجة الثالثة أو البواسير الناكسة بعد الربط. لأن الربط هو المعالجة المختارة لبواسير الدرجة الثانية[77] وهذه المعالجة مفضلة على الجراحة في هذا النوع من البواسير.

6) الأخطاء المرتكبة في تدبير سرطان الكولون

1. التأخر في تشخيص سرطان الكولون

يحتل سرطان الكولون المرتبة الرابعة من بين أكثر الأورام الخبيثة شيوعاً في العالم في الرجال والثالثة في النساء. معدل البقيا لمدة 5 سنوات هو 90% عندما يشخص في مرحلة باكرة[78].

إن التطور المتسارع في معرفة وتحديد الآلية المرضية لسرطان الكولون (خاصة في الأشخاص الذين لديهم خطورة عالية للإصابة به)، قد أدت لتطوير وسائل جديدة لتحديد أي الأشخاص أكثر انتفاعاً من برامج التحري عن السرطان واستقصاءه، وكذلك من المعالجة المتممة بعد الاستئصال الشافي للورم.

من الملاحظ بشكل عام أن الكثير من سرطانات الكولون (والمستقيم) في الممارسة تشخص بشكل متأخر ويمكن إجمال الأسباب الكامنة وراء هذا التأخر في التشخيص كما يلي:

1. ***التدبير الخاطئ لمرض النـــزف الهضمي السفلي:*** إن المرضى المصابين بسرطان الكولون العرضي غالباً يشخصون بشكل خاطئ، حيث تعزى الأعراض إلى آفات سليمة مثل دار الرتوج (ألم بطني - نزف شرجي - تغير في قوام البراز) أو تناذر الأمعاء الهيوجة (ألم بطني - تغير في عادات التغوط) أو إلى البواسير (نزف شرجي)[80].

   وقد تعزى الأعراض إلى إنتان زحاري مزمن (خاصة بوجود نزف شرجي مرافق).

   يجب التفكير في إمكانية إصابة المريض بسرطان الكولون في المرضى الذين يتجاوز عمرهم 40 سنة ويتظاهرون بفقر دم صغير الحجم ناقص الصباغ، أو ببراز مدمى بشكل واضح أو نزف مستقيمي [80-c].

   يعزى فقر الدم غالباً في المرضى المسنين إلى أمراض مزمنة لتشخص فيما بعد على أنه علامة لسرطان الكولون المتأخر.

إن تصاحب الألم البطني (بأي شكل) مع النـــزف يستلزم استقصاء المرض لكشف سرطان الكولون في هذه المجموعة العمرية من المسنين.

في أي عمر كان، يستلزم حدوث النـــزف الهضمي السفلي بأشكاله (نزف خفي مزمن - أو نزف أحمر قان متقطع) إجراء تنظير كولون كامل (أو تنظير كولون سيني فقط)[81] لتحري السبب، حيث أن التنظير هو أكثر دقة [82] من صورة الكولونات الظليلة بالرحضة الباريتية مع حقن الهواء خاصة لكشف الآفات الصغيرة مثل البوليبات الغدية الأقل حجماً من 1 سم. (لأن نصف البوليبات التي هي أكبر من 1 سم قد لا يتم تشخيصها بالصورة الظليلة للكولونات).

عند عدم إمكانية إجراء تنظير كولونات كامل (بسبب الصعوبات التقنية أو رفض المريض) في المرضى المشكوك بوجود سرطان كولون لديهم، فإنه يستطب إجراء صورة ظليلة للكولونات مع حقن الهواء، وبسبب صعوبة التشخيص الشعاعي لسرطانات الكولون السيني والمستقيم، فإن تنظير المستقيم والسيني يجب أن يجري كتمم للصورة الظليلة للكولونات (بالتباين المزدوج)[83]

2. ***عدم الوصول للأعور حين إجراء تنظير الكولونات الكامل:*** من الملاحظ في الممارسة الطبية، ونتيجة متابعة العديد من تقارير التنظير الكامل للكولونات (رغم عدم وجود دراسات محلية لبيان معدل وصول المنظرين للأعور)، أن نسبة الوصول للأعور في هذه الإجراءات التنظيرية متدنية بشكل ملفت للنظر عن النسب العالمية (والتي تتجاوز 90% في معظم المراكز العالية). وقد يعزى ذلك من جهة إلى سوء تحضير الكولونات من قبل المرضى (بعدم اتباع التعليمات اللازمة، أو عدم تناول المسهلات المعطاة كاملة لعدم تحمل المريض لها)، ولكن من جهة أخرى لضعف خبرة بعض الأطباء المنظرين ونقص المهارات التنظيرية لديهم.

إن الأمانة العلمية والمهنية ومصلحة المريض تحتم على الطبيب وصف مشاهداته بدقة أثناء تنظير الكولونات في تقريره المفصل، وكذلك بيان فيما إذا توصل إلى الأعور أم لا (إذا كان ذلك مستطباً) والإجراءات الواجب اتخاذها حين الشك بوجود سرطان الأعور أو الكولون الصاعد مع تعذر الوصول لهذه المناطق من الكولون (مثل إجراء صورة ظليلة للكولونات بالرحضة الباريتية مع التباين المزدوج).

3. ***عدم تجاوب المرضى مع نصيحة الأطباء بوجوب إجراء التنظير للكولونات حين وجود استطباب جيد:*** يعزى ذلك بشكل رئيسي إلى نقص الوعي الصحي لدى المرضى وعدم إدراك خطورة بعض الأعراض الهضمية (مثل النـــزف الهضمي السفلي)، مع عدم تفهم خطورة التأخر في التشخيص وتأثير ذلك على سوء الإنذار حين اكتشاف المرض.

من جهة أخرى، تلعب السمعة السيئة للتنظير الهضمي وخوف المرضى من التعرض له دوراً مهماً في عدم تجاوب المرضى مع النصيحة الطبية بضرورة إجراء تنظير هضمي سفلي للكولونات.

تبرز أهمية دور الطبيب هنا بشكل واضح في التعامل مع المرضى، والتأكيد الكامل والصارم على وجوب إجراء التنظير الهضمي السفلي في المرضى المشكوك بإصابتهم بسرطان الكولون حتى ولو اضطر الأمر (مع أن هذا يبدو قاسياً بعض الشيء) إلى مصارحة المريض، أو التلميح له بالاحتمالات التشخيصية الممكنة لمرضه، مع التأكيد للمريض أن التنظير الهضمي السفلي هو إجراء تشخيصي غير مؤلم (سوف يتطلب ذلك إعطاء المسكنات والمهدئات أثناء التنظير) مع خلوه بشكل كبير من الاختلاطات (التي تحدث بشكل نادر جداً حين توافر الخبرة والمهارات اللازمة لدى الطبيب المنظر).

2. التدبير الخاطئ للبوليبات أثناء تنظير الكولونات والمتابعة غير الصحيحة

يلجأ بعض الأطباء المنظرين إلى أخذ خزعة من البوليبات المصادفة أثناء التنظير الهضمي السفلي دون محاولة استئصالها وهذا خطأ شائع إذ أنه يتوجب استئصال كل البوليبات المشاهدة أثناء تنظير الكولونات[84] بشكل كامل (باستعمال إما ملقط الخزعة مع التخثير الكهربائي (HOT BIOPSY FORCEPS) أو استئصال البوليبات بالسنارة (SNARE POLYPECTOMY) بغض النظر عن شكلها أو حجمها، وإرسالها للتشريح المرضي للتأكد من طبيعتها، ووجود عسرة تصنع فيها، ودرجتها إن وجدت، حيث أن نتائج التشريح المرضي سوف تحدد لاحقاً متابعة المرضى، وضرورة إعادة التنظير لديهم، والفترة الزمنية الفاصلة بين إجراء كل تنظير والتنظير الآخر.

إن اكتشاف البوليبات مفرطة التصنع (HYPERPLASTIC POLYPS) أثناء تنظير الكولون السيني لا يستدعي إجراء تنظير الكولونات الكامل لعدم وجود ازدياد في نسبة حدوث السرطان مقارنة مع الأشخاص الطبيعيين[85].

- يلجأ البعض الآخر من الأطباء إلى استئصال البوليبات الكاذبة المتصاحبة مع الحالات المزمنة من التهاب الكولون التقرحي، وهذه الممارسة الطبية غير مسندة بالدليل العملي ولم تثبت لها أية فائدة في الوقاية من حدوث سرطان الكولون فيما بعد.

- يلجأ أطباء آخرون إلى محاولة استئصال البوليبات المترافقة مع داء البوليبات العائلي الوراثي على عدة جلسات (مع أن عددها يتجاوز المئات أو أكثر في بعض الحالات)، وهذا أيضاً هو ليس الأسلوب الصحيح في التعامل مع هذه المشكلة إذ أن استئصال الكولون الكامل هو المعالجة المثلى لأن تطور سرطان الكولون هو مؤكد بشكل قطعي بدون جراحة استئصالية وقائية[86].

- يجب نصح المرضى المصابين بهذا المرض (FAP) داء البوليبات العائلي الغدي بالخضوع لاستئصال كولون وقائي بين عمر 16-20 سنة. كذلك تجب الإشارة إلى ضرورة تنظير أقارب المريض المصاب (الدرجة الأولى) الذين لديهم ازدياد في الخطورة ابتداءً من عمر 13-15 سنة حتى عمر 60 سنة. في غياب التشخيص الجيني لتحري الطفرة الموروثية في هذا المرض في بلادنا في الوقت الحاضر.

- يجب متابعة المرضى المصابين ببوليبات غدية زغابية أو أنبوبية (Tubular or Villous Adenomas) وفق إرشادات الجمعية الأمريكية للسرطان حول الكشف المبكر لسرطان الكولون والمستقيم وتحريه ومتابعته.

- حين وجود بوليب غدي وحيد بحجم أقل من 1 سم، يجب إعادة تنظير الكولونات خلال 3-6 سنوات بعد استئصال البوليب البدئي. وفي حال كان التنظير طبيعياً، يمكن استقصاء ومتابعة المريض كمتابعة الأشخاص الذين لديهم خطورة عادية للإصابة (Per Average Risk Guidelines).

- حين وجود بوليب غدي أكبر من 1 سم، أو عدة بوليبات، أو بوليبات مع عسرة تصنع مفرطة، أو تغير زغابي فيها (Villous Change)، فيجب إعادة التنظير

الكولوني خلال 3 سنوات بعد استئصال البوليب البدئي، إذا كان ذلك طبيعيا فإن الفحص التنظيري يجب أن يعاد مرة أخرى خلال 3 سنوات، وإذا كان ذلك طبيعيا فيجب أن تجرى المتابعة كمتابعة الأشخاص الذين لديهم خطورة عادية للإصابة (PER AVERAGE RISK GUIDELINES).

- الممارسة المعتمدة والتي تختلف قليلا عن هذه الإرشادات هي (تنظير بعد استئصال بوليب غدي بـــ 3 سنوات، ثم إذا كان سلبيا تنظير كل 5 سنوات).

- تجب الإشارة أيضا إلى ضرورة متابعة المرضى المصابين بسرطان مستقيم أو كولون بعد المعالجة الاستئصالية الجراحية بإجراء تنظير كولون بعد المعالجة الجراحية بـــ 5 سنوات ثم كل 5 سنوات حتى سن 70 سنة[87].



الفصل الرابع

الأخطاء المرتكبة
في تدبير أمراض الكبد

1 الأخطاء المرتكبة في تدبير التهاب الكبد A

2 الأخطاء المرتكبة في تدبير متلازمة جيلبرت

3 الأخطاء المرتكبة في تدبير التشمع الكبدي

4 الأخطاء المرتكبة في تدبير إسعافات الكبد

1) الأخطاء المرتكبة في تدبير التهاب الكبد الفيروسي A

1. استعمال الحمية السكرية في المعالجة

إن المعالجة العرضية والتدابير الداعمة هي المعالجة الوحيدة[88] الضرورية في معظم حالات التهاب الكبد A، والشفاء الكامل بدون عقابيل هو النتيجة المعتادة.

منذ عدة سنوات كان هناك ما يسمى بالحمية الكبدية وكانت هي الأساس في معالجة كل التهاب كبدي حاد، يجب أن يُرفض هذا الإجراء لأنه لا يوجد أي سبب مبرر له[89] في الوقت الحاضر.

للأسف مازال بعض الأطباء ينصحون باتباع هذه الحميات السكرية الصارمة حتى في التهابات الكبد الفيروسية الأخرى عن قصد أو غير قصد، والحقيقة أنه لا مكان لهذه الحمية بتدبير التهاب الكبد A على الإطلاق، ولا يوجد أية تعديلات إجبارية[90] على الحمية الغذائية.

2. استعمال الستيروئيدات في معالجة التهاب الكبد A

بشكل عام لا يوجد استطباب للستيروئيدات في معالجة التهاب الكبد الحاد والفيروسي A.

حتى في حالة المرضى المصابين بالتنخر (القصور) الكبدي الصاعق، فإن الستيروئيدات لا تحسن معدلات النجاة والبقيا في هؤلاء المرضى ويجب تجنبها عامة[91] في كل المرضى المصابين بالتهاب الكبد A.

تجب الإشارة إلى أن الستيروئيدات تستطب فقط عند المرضى المصابين[92] بركودة صفراوية شديدة، فقد يتطلب الأمر إعطاء دورة علاجية قصيرة من بريدنيزولون (30 ملغ/يوم) ينقص تدريجياً خلال 1-2 أسبوع والذي قد ينقص شدة الأعراض مثل الحكة والإعياء ومعدل البيلروبين في المصل.

لا تستطب المعالجة المطولة بالستيروئيدات حتى في الحالة الركودية. قد يستعمل الكوليستيرامين لمعالجة الحكة وهو الدواء المختار، إن قصور الكبد الحاد يجب أن يدفع للتفكير بأبكر وقت ممكن بزراعة الكبد للمريض.

3. العزل المطول لمرضى التهاب الكبد A

يلجأ البعض من الأطباء إلى عزل المرضى بشكل مطول لعدة أسابيع أو أكثر، وهذه ممارسة خاطئة لأن العزل يجب أن يستمر لأول أسبوعين من المرض بشكل عام أو لأسبوع[93] واحد بعد بداية اليرقان ثم يكون المرض غير معدٍ بعد ذلك.

إن اتباع هذه الممارسة الخاطئة تلحق الضرر والأذى بالعديد من الأطفال المصابين في سن المدرسة والذين تمتنع مدارسهم عن قبولهم حتى حصول الشفاء الكامل لهم، ويمتنع بعض الأطباء للأسف عن إعطائهم ما يسمح بعودتهم إلى مدارسهم لمتابعة الدراسة، لذلك لزم التنبه إلى هذه المسألة.

4. إعطاء الأدوية السامة للكبد للمصابين بالتهاب الكبد A

يجب تجنب إعطاء المهدئات والمسكنات المورفينية[94] (NARCOTICS) وكذلك الأدوية السامة للكبد والكحول.

2) الأخطاء المرتكبة في تشخيص ومعالجة متلازمة جيلبرت

متلازمة جيلبرت هي مرض وراثي (وراثة جسمية سائدة). إن الشذوذ البنيوي الرئيسي فيه هو تعطل اقتران البيلروبين بسبب نقص فعالية: UDP-GLUCORONYL TRANSFERASE ACTIVITY مما يؤدي لنقص قبط البيليروبين مع نقص في اقترانه.

تناذر جيلبرت هو مرض حميد بشكل كامل، ونادراً ما ينتج عنه يرقان سريري. قد يرتفع البيلروبين بالمصل حتى 2-3 أضعاف بعد الصيام أو التجفاف، ولكن عامة هو أقل من 4 ملغ/د.ل.

إن فرط البيلروبين بالدم هو الشذوذ المخبري الوحيد الموجود عند إجراء فحص دم كيميائي حيوي.

الإنذار: جيد، ولا حاجة للمعالجة علماً أن تركيز البيلروبين ينقص بإعطاء الفينوباربيتال.

يعتمد التدبير على طمأنة المريض وتهدئة مخاوفه وشرح الطبيعة الحميدة للمرض.

يعتمد التشخيص على ارتفاع البيلروبين بالمصل (على حساب غير المباشر)[95]، مع وجود خمائر طبيعية وغياب علامات الانحلال الدموي.

يمكن إجمال الأخطاء الشائعة في تدبير متلازمة جيلبرت بثلاثة أخطاء:

1. استعمال خزعة الكبد لتشخيص متلازمة جيلبرت

تكون خزعة الكبد طبيعية في هذه المتلازمة، وعادة لا يستلزم الأمر إجراء هذه الخزعة لتأكيد التشخيص، هناك اختباران غير غازيين (NON INVASIVE) [96] يتفقان في تجنب الخطورة المترافقة مع إجراء الخزعة الكبدية: الأول اختبار تحديد الحريرات المتناولة (CALORIC RESTRICATION TEST).

والثاني: تفاعل إعطاء المريض ريفامبيسين: تم تقييم دور هذا الاختبار في تشخيص تناذر جيلبرت في الدراسات العلمية وقد وجد أنه بعد صيام من 12-24 ساعة هناك ازدياد مطلق في البيلروبين لأكثر من 1.9 ملغ/د.ل خلال 2-6 ساعات بعد إعطاء ريفامبيسين بجرعة 900 ملغ وهذا يميز المريض بمتلازمة جيلبرت عن المرضى الأسوياء.

في غياب الصيام: ازدياد البيلروبين الكلي > 1.5 ملغ/د.ل خلال 4-6 ساعات[97] بعد إعطاء الريفامبيسين، وهذا يميز تناذر جيلبرت عن المرضى الأسوياء.

لا يستطب إجراء أي استقصاء في المرضى المصابين بارتفاع البيلروبين المعتدل المعزول[98] مع عدد شبكيات طبيعي.

2. معالجة تناذر جيلبرت بالستيروئيدات

تنقص الستيروئيدات تركيز البيليروبين في المصل في تناذر جيلبرت عن طريق زيادة التصفية الكبدية وقبط البيلروبين، وهي نفس الآلية التي تؤثر بها الستيروئيدات في خفض بيلروبين المصل في آفات كبدية متعددة، ولكنها ليست مستطبة[99] بسبب الأعراض الجانبية وبسبب الطبيعة الحميدة للمرض وعدم حاجته للعلاج.

3. منع المرضى من إجراء التمارين الرياضية

لا يوجد أي تأثير للتمارين الرياضية على حالة المريض ومعدل البيلروبين بالمصل، لذلك لا يستطب تحديد الفعالية الفيزيائية للمرضى[100] المصابين بداء جيلبرت.

4. منع المرضى من تناول أدوية محددة بدون دليل علمي

لا يعتبر تناذر جيلبرت مضاد استطباب لوصف المورفين أو استعماله[101].

يجب تجنب استعمال جرعة مفرطة من الباراسيتامول في هذا التناذر.

3) الأخطاء المرتكبة في تدبير التشمع الكبدي

1. عدم التأكيد على المرضى بضرورة المتابعة والمراقبة المنتظمة وزيارة الطبيب بانتظام

يشكل فهم واستيعاب المريض لطبيعة مرضه وخطة المعالجة عاملاً أساسياً في مطاوعة المريض ومثابرته على المعالجة الطبية الدوائية ومراجعته الطبيب بانتظام للسيطرة على المرض والوقاية من الاختلاطات.

يقع عاتق هذا الأمر بشكل رئيسي على الطبيب المعالج الذي يجب ألا يدخر جهداً أو وقتاً في شرح طبيعة المرض والتأكيد على استمرار المعالجة والمتابعة المنتظمة لهؤلاء المرضى. ويبدو أن بعض الأطباء في غمرة انشغالهم يغفلون عن ذلك، لذلك وجب التنبيه لأهمية هذا الأمر.

2. إعطاء جرعات صغيرة من المدرات لمعالجة الحبن المتوسط أو الغزير

يلجأ بعض الأطباء إلى إعطاء جرعات صغيرة من سبيرونولاكتون (25 ملغ) مرة أو مرتين باليوم ويتوقعون أن يستجيب المرضى لهذه المعالجة ويتحسن الحبن لديهم، والحقيقة أن هذه الممارسة غير صائبة لأن الجرعة العلاجية هي 100-400 ملغ[102] من سبيرونولاكتون وهو الدواء المختار لمعالجة الحبن كخط أول. يتم البدء بالعلاج بجرعة 100 ملغ (حين وجود حبن خفيف) وبجرعات أعلى حين وجود حبن بكمية أكبر.

تتم زيادة هذه الجرعة كل 3 أيام بالتدريج حتى الوصول إلى جرعة 300 ملغ يومياً إذا لم يكن هناك نقص ملموس في الوزن كاستجابة علاجية لهذه المعالجة.

يجب الانتباه خلال المعالجة بالمدرات في حالة التشمع الكبدي[103] المترافق مع حبن إلى الأمور التالية:

1. وزن المريض كل يوم وتسجيل ذلك في جدول لمراقبة الوزن وإحضاره للطبيب في كل زيارة. يتم الوزن بنفس الميزان المستعمل، في نفس الوقت من النهار، وفي نفس الثياب بعد إفراغ محتويات الأمعاء صباحاً. الهدف هو الحصول على نقص وزن يعادل 0.5-1 كغ باليوم. وقد يحدث نقص الوزن بكمية أكبر في حال وجود وذمة شديدة ولكن يستلزم ذلك المتابعة الشديدة والمراقبة المكثفة.

2. تحديد كمية السوائل المتناولة خاصة إذا ترافق نقص الصوديوم بالدم مع الحبن على الشكل التالي:

Na: 100-120: يعطى 0.5 ليتر + الحصيل خلال 24 ساعة (يجب تجنب هذا الريجيم قدر الإمكان).

Na: 120-130: 1 ليتر + الحصيل خلال 24 ساعة.

Na: 130-135: 1.2-1.5 ليتر + الحصيل خلال 24 ساعة.

3. تحديد الكمية المتناولة من الملح: لاحتواء ذلك على الصوديوم حيث يؤدي تناول كلور الصوديوم لاحتباس الماء والسوائل وتفاقم الحبن.

4. فحص تعداد دم كامل، بولة وشوارد، INR، خمائر الكبد قبل المعالجة: وإجراء بولة وشوارد بشكل منتظم كل عدة أيام (كل يومين عند معظم المرضى) وبشكل يومي (عند المرضى الذين يعانون من تعطل وظائف الكلية)، ويجب مراقبة بوتاسيوم المصل وعدم وصف أدوية حافظة أو حابسة للبوتاسيوم مثل (ACE INHIBITORS)، وبشكل عام يفضل إجراء LFT مرتين بالأسبوع (خاصة ألبومين المصل).

5. يجب إيقاف سبيرونولاكتون إذا كان الصوديوم بالمصل أقل من 130 مول/ليتر ومستمر بالهبوط بشكل مستمر. أو حين ارتفاع كرياتنين المصل أو حين تطور علامات وملامح الاعتلال الدماغي الكبدي.

6. يجب إضافة مدر عروة (مثل FUROSEMIDE, BUMETANIDE) حين وصول السبيرونولاكتون للجرعة العظمى بدون الحصول على فعالية جيدة في إنقاص الوزن وتخفيف الحبن. يمكن البدء بجرعة صغيرة مثل فوروسيميد 40 ملغ ثم تزاد تدريجياً.

7. تجنب تخريج المرضى من المشفى مع جرعات عالية من المدرات المختلفة.

بالنسبة لتدبير الحبن الشديد والتوتر والمسبب لانزعاج شديد في البطن فإنه يجب تفريغه وبزله علاجياً مع الانتباه إلى ضرورة:

1. عدم إبقاء المفجر أكثر من 24 ساعة وتحت ظروف عقيمة لمنع حدوث الإنتان.

2. تعويض الألبومين بإعطاء وحدة ألبومين 100 مل (تركيز 20%) مباشرة قبل البزل ومن ثم إعطاء وحدة ألبومين لكل 2 ليتر من سائل الحبن يتم تفريغه.
3. عدم تفريغ أكثر من 1 ليتر بالساعة عامة[104] ما لم يحتاج الوضع السريري لذلك وذلك تحت المراقبة المشددة للمريض.

3. إعطاء السوائل الوريدية الملحية أو المختلطة أو NSAID أو إعطاء محلول الألبومين منخفض التركيز (HAS 4.5%) لمرضى التشمع الكبدي

يجب تجنب إعطاء السوائل الوريدية الملحية أو المختلطة[105] لمرضى التشمع الكبدي واختلاطاته، وحين تتطلب الحالة السريرية تعويض السوائل (إقياءات - نزف هضمي - إسهالات)، فإن التعويض يكون بإعطاء ديكستروزه 5% أو 10%، أو إعطاء الألبومين بتركيز 20%، أو إعطاء الدم حسب المتطلبات السريرية.

كذلك يجب تجنب إعطاء NSAID (مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية) عامة لهذه المجموعة من المرضى بسبب التأثير المقرح على الجهاز الهضمي وتسببها في احتباس السوائل ومفاقمة الحالة السريرية.

يجب أيضاً تجنب إعطاء HAL 4.5% (محلول الألبومين البشري ذو التركيز المنخفض 4.5%).

4. إعطاء بعض الأدوية غير المثبتة علمياً لمعالجة التشمع

من المعروف أن التشمع الكبدي هو أذى لا تراجعي في النسيج الكبدي وأن المعالجة بشكل رئيسي تهدف إلى معالجة الاختلاطات (حبن - نزف هضمي - اعتلال دماغي كبدي ...الخ) وأن المعالجة الشافية هي زرع الكبد.

من المؤسف أن بعض الأطباء يلجؤون إلى استعمال بعض الأدوية على أنها علاج جيد وناجع لتشمع الكبد والحقيقة أن هذه الممارسة خاطئة لأن الدراسات المجراة على أكثر هذه الأدوية أجريت في دول العالم الثالث وهذه الدراسات ذات مستوى جودة منخفض وغير مراقبة جيداً وعليه فلا يمكن الوثوق بها.

5. تدبير الحبن الناشئ عن سرطان البريتوان أو الانتقالات الخبيثة له

يلجأ البعض من الأطباء إلى وصف المدرات لمعالجة هذا الاختلاط والحقيقة أنه في معظم هؤلاء المرضى يستجيب الحبن إلى تكرار التفريغ والبزل[106] أكثر من استجابته للمدرات مع أن البعض منهم قد يستجيب للسبيرونولاكتون.

6. عدم إجراء التنظير الهضمي حين وضع تشخيص التشمع الكبدي[107]

4) الأخطاء المرتكبة في تدبير الإسعافات الكبدية الحادة (الاعتلال الدماغي الكبدي - القصور الكبدي الحاد)

1. تدبير الاعتلال الدماغي الكبدي في المنزل

يعد الاعتلال الدماغي الكبدي أحد أخطر الاختلاطات المهددة للحياة الناجمة عن تشمع الكبد. يتطلب تدبير هؤلاء المرضى ومعالجتهم قبولهم في وحدة العناية الفائقة أو ما يعادلها (ICU أو HDU) من أجل المراقبة الجيدة والمعالجة الفعالة.

للأسف قد يرضخ بعض الأطباء لإصرار بعض المرضى على عدم القبول إلى المشفى وتطلبهم وإلحاحهم الشديد على المعالجة في المنـــزل، وهذا خطأ كبير يجب تجنبه إذ أنه قد يعرض حياة المريض للخطر مع التأكيد على أنه لا بديل على القبول للمشفى لمعالجة مثل هذه الاختلاطات.

2. الاستمرار بالمدرات رغم وجود الاعتلال الدماغي الكبدي

يجب تحري العوامل المحرضة لحدوث هذا الاختلاط الخطير مثل الأدوية[108]، الإفراط في استعمال المدرات، النـــزف الهضمي، الكحول، التجفاف، الإنتان، نقص سطر الدم، ويجب معالجة هذه الاختلاطات مع إيقاف المدرات فور تشخيص حدوث هذا الاختلاط لدى مريض التشمع الكبدي (رغم وجود حبن قد يكون غزيراً).

3. إجراء البزل التفريغي للحبن في حالة الاعتلال الدماغي الكبدي

يجب تجنب البزل التفريغي في هذه الحالة، لأنه قد يفاقم درجة الاعتلال الدماغي الكبدي، ويسرع من حدوث السبات الكبدي.

في حال وجود حبن متوتر وشديد يمكن إجراء تفريغ[109] لـــ 2-3 ليتر لأجل تخفيف التوتر، والتحسن العرضي، مع تخفيف الضغط على الأوعية الكلوية.

4. تصحيح الاعتلال التخثري في حال عدم وجود نزف فعال

يعتبر INR دليلاً مهماً ومؤشراً على المعالجة والإنذار في قصور الكبد والاعتلال الدماغي الكبدي، ولذلك يجب تجنب تصحيح INR بشكل عام[110] إلا حين وجود نزف فعال أو قبل إجراء عملية غازية مثل إدخال قثطرة الوريد المركزي (CVP line).

يتم ذلك عن طريق إعطاء فيتامين K 10 ملغ وريدي (3 جرعات) مع إعطاء ونقل البلازما الطازجة المجمدة.

ينطبق ذلك على نقل الصفيحات بغياب وجود نزف فعال أو مستمر، فيجب تجنب نقل الصفيحات ما لم يكن هناك نزف مستمر مع تعداد صفيحات أقل من 60 ألف.

في هذه الحالة يجب إشراك أخصائي أمراض الدم في المعالجة والأخذ بنصيحته واستشارته في تدبير هذه الحالة.

يجب التنبه إلى ضرورة تحري النزف الهضمي بمراقبة حدوث التغوط الزفتي[111] وإجراء المس الشرجي المتكرر (PR).

5. إعطاء الحمية الخالية من البروتينات (PROTEIN FREE DIET)

يتصاحب ذلك مع سوء تغذية يؤثر بشكل سلبي على الإنذار وحصيلة المعالجة. في غياب الاعتلال الدماغي الكبدي يجب المحافظة على حمية[112] تتضمن 25-35 حريرة/كغ مع 1.5 غ بروتين/كغ/يوم.

في حال وجود الاعتلال الدماغي الكبدي يجب تحديد كمية البروتينات[113] إلى 0.5 غ/كغ/يوم.

6. عدم إجراء التنظير الهضمي حين تشخيص التشمع الكبدي

في كل مريض مشخص لديه تشمع كبدي من المهم إجراء تنظير هضمي [114] علوي لتحري وجود دوالي المريء - أو اعتلال معدة بفرط التوتر البابي، للتمكن من البدء بإعطاء المعالجة الدوائية المناسبة في هؤلاء المرضى، خاصة إذا كانت الدوالي ذات حجم كبير (مثل أكبر من درجة II). ويجب إعطاء المعالجة الدوائية مثل نادولول أو بروبرانولول بجرعة كافية لتحدث نقصاً في معدل النبض أثناء الراحة بمقدار 25%.

تحدث دوالي المريء في 50-60% من مرضى التشمع الكبدي.

7. إعطاء المهدئات والمسكنات المورفينية

يجب تجنب إعطاء هذه الأدوية وكتابة ذلك بشكل واضح[115] على إضبارة المريض وتوضيح أنه ممنوع إعطاء السيرومات الملحية لأنها تفاقم درجة الاعتلال الدماغي الكبدي.



الفصل الخامس

الأخطاء المرتكبة في تدبير أمراض البنكرياس

1) الأخطاء المرتكبة في تدبير التهاب البنكرياس الحاد

1. إعطاء المورفين ومشتقاته لتسكين الألم

يعتبر الألم البطني العرض الرئيسي والأشد من بين أعراض التهاب البنكرياس الحاد ولذلك يحتل تسكين الألم أهمية قصوى في سياق المعالجة والتدبير.

يلجأ بعض الأطباء إلى إعطاء المورفين لتسكين الألم وهذا تصرف خاطئ، حيث أنه يزيد توتر معصرة أودي ويزيد أميلاز المصل، ولذلك يجب تجنب المورفين ومشتقاته، (MORPHINE DERIVED AGENTS).

يمكن إعطاء الميبريدين بجرعة 50-100 ملغ كل 3-4 ساعات بالعضل أو بالوريد، وقد يحتاج الألم الأكثر شدة إلى إعطاء هيدرونورفون، والذي له نصف حياة أطول من السابق ويعطى بمضخة مسيطر عليها من قبل المريض.

2. عدم إعطاء المضادات الحيوية في التهاب البنكرياس الحاد والشديد

لقد تبين بنتيجة الدراسات العلمية أن استعمال المضادات الحيوية القادرة على النفوذ إلى نسيج البنكرياس (مثل سيفالوسبورينات الجيل الثالث – بيبراسيلين – ميزلوسيلين – ميترونيدازول – كينولون – IMIPENEM) يحسن من الإنذار والتطور في التهاب البنكرياس النخري الشديد ويقلل معدل الوفيات.

إن الأمينوغليكوزيدات والجيل الأول من السيفالوسبورينات غير فعالة في التدبير، وكذلك الأمر بالنسبة للأمينوبنسيلين.

لقد أجري تحليل مفصل لـــ 8 دراسات مسيطرة عليها ومضبوطة، وتبين أن المضادات الحيوية الوقائية تنقص معدل الوفيات في التهاب البنكرياس الحاد والشديد حين استعمال مضادات حيوية تصل لنسيج البنكرياس بتراكيز علاجية[116].

3. متابعة التغذية الفموية في مرض التهاب البنكرياس الخفيف الشدة أو الشديد[117]

يتم تدبير التهاب البنكرياس الحاد خفيف الشدة بإعطاء السوائل الوريدية لأن الشفاء يحدث بسرعة، بينما على النقيض يتطلب تدبير التهاب البنكرياس الحاد الشديد دعماً غذائياً عن طريق التغذية الوريدية أو وضع NGTube، وإعطاء الغذاء عبره.

يجب السماح بالتغذية الفموية في التهاب البنكرياس الخفيف اعتباراً من اليوم 3 حتى 7 أيام.

وبشكل عام في كليهما، يجب بدء التغذية الفموية عند زوال الألم البطني والإيلام وعدم وجود أية مضاعفات وبدء مستوى الأميلاز بالتناقص.

ليس من الضروري انتظار الأميلاز ليعود إلى مستواه الطبيعي في المصل لأن ذلك قد يأخذ فترة طويلة حتى وقت تخريج المريض من المشفى أحياناً أو بعد ذلك.

يبدأ عادة الإطعام الفموي بإعطاء 100-300 مل من السوائل غير المحتوية على مخزون حروري كل 4 ساعات بأول 24 ساعة. إذا تمكن المريض من تحملها الإطعام الفموي يستمر بنفس الكمية من السوائل المحتوية على مواد غذائية.

حين تحمل الكميات المذكور يمكن زيادتها بعد 3-4 أيام إلى حمية رخوة ثم صلبة.

يجب أن تشكل النشويات (الكربوهيدرات) أكثر من 50% من الوجبة الطعامية.

وكل وجبة يجب أن تحتوي على 160 حريرة تزاد إلى 640 حريرة/وجبة بشكل تدريجي.



الفصل السادس

أخطاء علاجية متفرقة
في تدبير أمراض جهاز الهضم

1. استعمال جرعة عالية من مثبطات مضخة البروتون (PPI) بشكل غير مناسب في التهاب المريء أو القرحة الهضمية

يجب تجنب استعمال جرعات عالية من مثبطات مضخة البروتون في الاستطبابات غير المناسبة ما لم يكن ذلك ضرورياً.

هناك عدد من الاستطبابات لإعطاء جرعة مضاعفة[118] من مثبطات مضخة البروتون (أي ضعف الجرعة العلاجية العادية) نذكر منها:

1. استعمالها كجزء من دورات استئصال الملتوية البوابية لمدة 7-14 يوماً. في هذه الحالة يجب استعمالها بجرعة مضاعفة لتحقيق تثبيط أعظمي للحموضة المعدية يتيح إمكانية القضاء على الملتوية البوابية.
2. التهاب المريء المترافق مع اختلاطات (مثل التضيق الهضمي).
3. المرضى الذين يعانون من لذع هضمي وحرقة شديدة خلف القص معندة على المعالجة بالجرعة المعتادة من مثبطات مضخة البروتون، في هذه الحالة يجب التأكد من أن زيادة الجرعة سوف تؤدي لتحسن وفائدة ذات أهمية في تحسن الأعراض، وحين عدم ثبوت ذلك فإن الجرعة يجب أن تنقص إلى الجرعة الأصلية أو اللجوء لمعالجة أخرى بديلة.

2. الاستعمال الروتيني لمثبطات مضخة البروتون في المرضى الذين يتناولون مضادات الالتهاب اللا ستيروئيدية (NSAID)

لا يحتاج معظم المرضى المعالجين بمضادات الالتهاب اللاستيروئيدية[119] إلى معالجة وقائية روتينية بمثبطات إفراز الحمض المعدي (مثبطات مضخة البروتون أو حاصرات مستقبلات الهيستامين H_2) للوقاية من حدوث أذى بالجهاز الهضمي.

يستطب وصف الأدوية المذكورة فقط في:

1. المرضى الذين لديهم شك سريري بوجود أذية للغشاء المخاطي الهضمي مسببة باستعمال مضادات الالتهاب اللا ستيروئيدية (وخاصة عند المرضى الذين ثبتت لديهم هذه الإصابة بالتنظير الهضمي).

2. المرضى الذين لديهم خطورة عالية لتكون القرحات الهضمية ويستدل على ذلك بالقصة المرضية السابقة للمريض أو الأمراض العديدة المترافقة في هؤلاء المرضى (COMORBIDITY).

3. الاستعمال الروتيني لمثبطات مضخة البروتون أو حاصرات مستقبلات الهيتامين H_2 في المرضى قيد المعالجة بالستيروئيدات

يعتبر إعطاء مثبطات مضخة البروتون أو مضادات مستقبلات الهيستامين H_2RA إلى جانب الستيروئيدات ممارسة شائعة بين العديد من الأطباء الممارسين، وهي ممارسة خاطئة وغير مستندة إلى أدلة علمية مقنعة وتمارس بدعوى حماية المعدة وجهاز الهضم من التأثيرات المقرحة للستيروئيدات.

الحقيقة أن الصلة الرابطة بين الستيروئيدات القشرية[120] والتسبب بإحداث التقرح الهضمي هي ليست بالقوة التي اُعتقد بوجودها في الماضي، ويجب على الأطباء تجنب هذه الممارسة عدا بعض الحالات النادرة حين إعطاء جرعة عالية من الستيروئيدات في المرضى الذين هم بحالة عامة سيئة وإصابات جهازية خطيرة.

4. إعطاء مثبطات مضخة البروتون الوقائية في المرضى المعالجين بالوارفارين

لا يحتاج المرضى المعالجين بالوارفارين إعطاء[121] مثبطات مضخة البروتون بشكل وقائي وروتيني ما لم يوجد دليل أكيد بوجود أذية مخاطية هضمية (ندبة مرضية أو سحجات معدية أو عفجية) في الجهاز الهضمي، حيث عندها قد تتسبب مضادات التخثر الفموية في تحريض النزف الهضمي العلوي من هذه الآفات.

حين حصول عسرة هضم حديثة العهد في هؤلاء المرضى، يجب محاولة معرفة الآفة المسببة وقد يستلزم ذلك إجراء التنظير الهضمي.

5. المبالغة في معالجة بعض الموجودات التشخيصية التنظيرية غير ذات القيمة

هناك بعض الموجودات التنظيرية غير الخطيرة وغير ذات القيمة[122] والتي لا تستلزم بحد ذاتها معالجة خاصة أو تعد استطباباً أكيداً لوصف مثبطات مضخة البروتون، وهي موجودات شائعة في العديد من المرضى غير العرضيين ونذكر منها الفتق الحجابي غير المختلط، التهاب المعدة خفيف الشدة، التهاب العفج خفيف الشدة، الحؤول المعوي.

يلجأ بعض الأطباء الممارسين إلى إعطاء أهمية كبيرة للبعض من هذه الموجودات مثل الفتق الحجابي غير المختلط ويعمدون إلى الإيحاء للمريض بأن شكاياته الهضمية (ألم بطني، إقياءات،...الخ) كلها مسببة بشكل رئيسي بهذه الآفة الهضمية، وقد يحول لإجراء العمل الجراحي في بعض هذه الحالات، التي هي شائعة في العديد من المرضى والتي لا تسبب غالباً أية أعراض ولا تحتاج إلى معالجة خاصة ما لم تتسبب في القلس المعدي المريئي واختلاطاته.

هناك أيضاً التهاب المعدة خفيف الشدة أو التهاب العفج والذي قد يكون مسبباً بمضادات الالتهاب اللا ستيروئيدية والتي يجب إيقافها في هذه الحالة، أو قد تكون مسببة بالملتوية البوابية والتي يمكن إثبات أو نفي وجودها عن طريق أخذ خزعة وفحصها باختبار اليورياز (CLO test)، وإذا ثبتت إيجابيتها فقد يكون من المنطقي إعطاء دورة علاجية لاستئصالها ومتابعة المريض بعد فترة للتأكد من زوال المشكلة الهضمية لديه.

بالنسبة لالتهاب العفج الشديد فيجب معالجته بشكل مماثل للقرحة العفجية[123] من حيث استئصال الملتوية البوابية والمعالجة بـــ PPI.

6. تدبير فقر الدم بعوز الحديد

- إن أشيع سبب لفقر الدم بعوز الحديد في النساء قبل سن اليأس هو فقد الدم عن طريق الطمث الغزير (النـــزف الطمثي). بينما يحدث فقر الدم بعوز الحديد في الرجال أو النساء بعد سن اليأس نتيجة لفقد وضياع الدم غالباً عبر الطريق الهضمي، أو نتيجة لسوء الامتصاص. وقد يتظاهر السرطان المعدي أو الكولوني بشكل لا عرضي عدا عن وجود فقر الدم بعوز الحديد، ولذلك يعد فحص الجهاز الهضمي (بالتنظير العلوي والسفلي) جزءاً مهماً[124] من الاستقصاءات المجراة واللازمة في تدبير هذا النوع من فقر الدم، وذلك لاستبعاد هذه الحالات.

- يلجأ بعض الأطباء في تدبير هذا المرض إلى تجاهل البحث عن السبب ومعالجة المريض بإعطاء الحديد والمقويات والمراقبة لفترات طويلة، والانتظار حتى هبوط الخضاب بشكل كبير يستلزم نقل الدم، وتكرر هذه العملية أحياناً لسنوات دون الاهتمام بالبحث عن السبب ومعالجته، أو يكتفي البعض الآخر بإجراء التنظير العلوي دون إكمال الاستقصاءات الضرورية للبحث عن السبب.

- في غياب أي سبب ظاهر أو فقد دم صريح ظاهر فإن كل المرضى يجب أن يتم إخضاعهم لتنظير هضمي علوي[125] مع خزعة من الأمعاء الدقيقة (العفج)، بالإضافة إلى تنظير كولون أو إجراء صورة ظليلة للكولونات بالرحصة الباريتية لاستبعاد خباثات الجهاز الهضمي (لأن 2-3% من المرضى بفقر الدم بعوز الحديد يشخص لديهم داء زلاقي).
- عند عدم ملائمة الوضع للتنظير يمكن إجراء صورة ظليلة للمعدة بالوجبة الباريتية مع قياس راصات الداء الزلاقي بالمصل.
- يستطب إجراء الاستقصاءات الهضمية الأخرى (تنظير الأمعاء الدقيقة) فقط في فقر الدم المعتمد على نقل الدم باستمرار أو إذا كان هناك فقر دم واضح مرئي مع سلبية التنظير الهضمي العلوي والسفلي.

  نادراً ما تكون الصورة الظليلة للأمعاء الدقيقة مفيدة في تشخيص السبب عدا الحالات التي يشك فيها بحدوث داء كرون لدى المريض.
- إن تصوير الأوعية السارية هو مفيد في فقر الدم المعتمد على نقل الدم لكشف الشذوذات الوعائية.
- إن معالجة السبب في فقر الدم بعوز الحديد هي الخطوة الأساسية في التدبير والمعالجة، وحتى بدون سبب موجود فإن الإنذار بعيد المدى عموماً هو جيد.
- ما لم يُظهر التنظير العلوي داء زلاقي أو سرطان هضمي فكل المرضى[126] يجب أن يخضعوا لإجراء تنظير كولونات كامل لأن الآفات المزدوجة المتصاحبة تحدث في 1-15% من المرضى خاصة التهاب المريء - التسحجات - القرحات القلاعية.
- يجب عدم قبول القرحة الهضمية كسبب لفقر الدم بعوز الحديد ويجب إجراء التنظير الهضمي والسفلي لإكمال الاستقصاءات[127].

  يمكن اللجوء إلى إجراء تنظير كولون سيني مع صورة ظليلة للكولونات بالرحضة الباريتية.
- يحدث أيضاً اعتماد كبير على FOB (تحري الدم الخفي بالبراز)[128] وهذا خاطئ لأنها غير مفيدة في استقصاءات IDA (غير نوعية وغير حساسة).

6. عدم استعمال التخدير الموضعي أو التهدئة/التسكين حين إجراء التنظير الهضمي العلوي أو السفلي

يقوم بعض الأطباء المنظرين بإجراء التنظير الهضمي العلوي أو السفلي بدون إعطاء مهدئ/مسكن أو حتى إعطاء مخدر موضعي للبلعوم بدعوى أنه يسبب تشنج الحنجرة ويزيد من صعوبة إجراء التنظير أو بدعوى الخوف من التثبيط التنفسي المحرض بالأدوية. هذه الممارسات خاطئة ويجب شجبها، لأنها مخالفة لأبسط الأعراف في وحدات التنظير الهضمي المتطورة أولاً، وبالإضافة إلى تسببها بإيلام فيزيائي وشدة نفسية مما ينعكس على سمعة التنظير الهضمي ويزيد من خوف الناس منه.

إن إجراء التنظير الهضمي قد يكون مؤلماً ومسبباً لقلق شديد وتوتر للمريض. لذلك يعطى معظم المرضى في معظم البلدان بعض أشكال التهدئة[129] أو التسكين للمساعدة على تحملهم للتنظير الهضمي، وهذا ما يدعى بالتهدئة الواعية لتمييزه عن التخدير.

- إن أشيع سبب للوفيات الناجمة عن التنظير هو التثبيط التنفسي[130] المحرض بالأدوية المهدئة أو المسكنة لذلك يجب إيلاء أهمية خاصة لتطبيق نماذج معينة وبروتوكولات قياسية من التهدئة/التسكين، من أجل التنظير والالتزام بها.
- قد يستوجب الأمر طلب النصح من أطباء التخدير بهذا الخصوص.
- هناك قلة من المرضى القادرين على تحمل التنظير الهضمي بدون التهدئة أو التسكين، ولكن يستعمل معظم المنظرين التخدير البلعومي الموضعي[131] (ليدوكائين بخاخ) مع مركبات بينـــزدويازيبين (الوريدي) وغالباً ما يدعم ذلك بمسكن مورفيني.

7. الأخطاء في تقارير التنظير

يلجأ الأطباء في كل أنحاء العالم إلى توثيق إجراءاتهم التشخيصية أو العلاجية. وينطبق هذا خاصة على التنظير الهضمي.

يدعى هذا الشكل من التوثيق بتقرير التنظير الهضمي (ENDOSCOPY REPORT).

يُفترض في هذا التقرير أن يعطي وصفاً دقيقاً للآفات التي أمكن مشاهدتها أثناء التنظير العلوي أو السفلي مع وصف الشذوذات غير الطبيعية فيها.

بالرغم من أن قراءة الموجودات التنظيرية هي عملية فردية وتختلف بين منظر وآخر اختلافاً طفيفاً في أسوء الحالات، إلا أن ما نراه في الممارسة الطبية يختلف اختلافاً كبيراً عن وحدات التنظير في الدول المتطورة، حيث يلجأ بعض المنظرين إلى معاملة تقرير التنظير كموضوع "إنشائي" تعبيري في اللغة العربية ويحملونه فوق ما يحتمل من تفسيرات وتأويلات فيلجأ البعض إلى تقييم توتر المعصرة المريئية السفلية وضغطها وحتى وظيفتها عن طريق التنظير. حيث نلاحظ عبارات مثل (قصور في انغلاق معصرة الفؤاد - مكس شديد معدي مشاهد بالتنظير). أو يلجأ البعض الآخر إلى تقييم حركية المعدة "عن طريق التنظير" مستعملاً عبارات مثل (ضعف مقوية المعدة - نقص في حركية المعدة أو استجابة جيدة لجدران المعدة لنفخ الهواء وارتشافه) معدة أو شكلها (شلالية).

ويحمل البعض منهم أهمية كبرى للمفرزات الموجودة في قعر المعدة ويسهب في وضعها (ثمالة صفراوية رائقة - ثمالة صفراوية مخاطية مخضرة...الخ).

والبعض الآخر يصف البواب وصفاً تعبيرياً مستعملاً عبارات مثل (البواب متفاعل فيزيولوجياً أو البواب فاغر) وآخرون لا يطيقون مجرد التفكير بكتابة عبارة (تنظير هضمي علوي طبيعي) ويخافون من انتقادات الآخرين لمقدرتهم التنظيرية ومهاراتهم الهضمية حين إعطاء تقرير تنظير هضمي طبيعي ولذلك يلجؤون إلى استعمال عبارات غامضة مثل أحمرية منتشرة بالمعدة - أو التهابات شاملة للمعدة والاثني عشرية أو استعمال كلمة التهاب خفيف لوصف ما شاهدوه أو تخيلوا أنهم شاهدوه حيث يعتقدون أن وضع تشخيص مباشر للمريض يرفع معنوياتهم أمام المريض ويسهل التفاهم معه وإمكانية المتابعة والتدبير لاحقاً.

تجدر الإشارة إلى هذه أن العبارات كلها مأخوذة من تقاريره تنظير حقيقية وليست تخيلية. وهي تخالف أبسط البديهيات في كتابة التقرير للتنظير الهضمي أو السفلي. لذلك وجب الانتباه إلى هذا الأمر والاحتياط منه بشدة.

المراجع
(References)

1. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 32, 7th Edition, 2003.
2. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 32, 7th Edition, 2003.
3. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease,Chapter 32, 7th edition,2003.
4. Khulusi S,Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page 54.
5. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease,Chapter 22, 7th edition, 2003.
6. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease,Chapter 22, 7th edition,2003.
7. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease,Chapter 22, 7th edition,2003.
8. A,B,and C: 003 Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 22,7th edition,2003.
9. Abid S et al, Pill induced oesophageal injury, Endoscopy 2005 Aug;37(8), 740-4.
10. Be Chade D et al, Press Med,2005,Feb 26;34(4) 299-300.
11. Higuchi D ,J Gastrointestinal Surgery 2003, Nov, 7(7), 836-42.
12. Petersen Ku et al, Expert opinion drug safety,2003, Sep 2(5), 495-507.Review.

13. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 21,7th edition, 2003.

14. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 21, 7th edition, 2003.

15. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 21, 7th edition, 2003.

16. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 21, 7th edition, 2003.

17. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 21, 7th edition, 2003.

18. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 21, 7th edition, 2003.

19. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 21, 7th edition, 2003

20. Modlin I et al ,Drugs Today(barc), 2004(March), 40 Suppl A, 3-8.

21. Stylopouloson et al, Ann Surg 2002,,Oct,236(4), 492-500,Discussion 500-1.

22. Eckardt et al ,Chest pain in Achalasia, Gastroenterology, 116(6), 1300-4 1999.

23. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 32 7th edition, 2003

24. Fukuharak et al , Hepatogastroenterology 2004, Jul-Aug,51(58),1241-4.

25. Linjk et al,Zhonghua Neikezazhi 2003,Feb 42(2),81-3 , (Chinese).

26. Approyo A J et al, J Nucl Med Technology 1999, Sep,27(3),207-14.

27. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 7th edition, 2003

28. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 7th edition, 2003

29. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 7th edition, 2003

30. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 7th edition, 2003

31. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 7th edition, 2003

32. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 7th edition, 2003

33. Suzuki T et al, Carcinogenesis,2006,Jan (ahead of print)

34. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 7th edition, 2003

35. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 7th edition, 2003

36-A. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 7th edition, 2003

36-B. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 7th edition, 2003

36-C. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 7th edition, 2003

36-D. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 , 7th edition, 2003

37-A. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page 54. Page 64.

37-B. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page 54. Page 64.

37-C. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page 64.

38-A. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 , 7th edition, 2003

38-B. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 , 7th edition, 2003

38-C. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool

38-D. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 , 7th edition, 2003

38-E. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 , 7th edition, 2003

39. Lamouliatte H et al, Aliment Pharmacol Therapy 1999, Nov,13(11),1523-30.

40. DefrancescoV et al, Aliment Pharmacol therapy 2004, May 19(9),993-8

41. Wong BC et al, Aliment Pharmacol Therapy 2000, Feb,14(2),217-24

42. Gisbert TP et al ,Aliment Pharmacol Therapy, 2006, January 23(1),35-44.

43. Giannini EG et al, Aliment, Pharmacol, therapy, 2006, January 23(2),281-7.

44. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 , 7th edition, 2003

45. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page 64.

46. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 40 , 7th edition, 2003

47. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 , 7th edition, 2003
48. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 , 7th edition, 2003
49. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 , 7th edition, 2003
50. 7th Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 edition, 2003
51. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 , 7th edition, 2003
52. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 , 7th edition, 2003
53. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 , 7th edition, 2003
54. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 , 7th edition, 2003
55. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 , 7th edition, 2003
56. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 , 7th edition, 2003
57. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 , 7th edition, 2003
58. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 , 7th edition, 2003
59. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 , 7th edition, 2003
60. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 , 7th edition, 2003
61. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 , 7th edition, 2003

62. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 104 , 7th edition, 2003

63. ASGE guidelines

64. ASGE guidelines

65. ASGE guidelines

66. ASGE guidelines

67. ASGE guidelines

68. Otaka M et al, Aliment Pharmacol Ther, 2005 June 21 (suppl 2),42-6.

69. Acheson A G et al, Expert Opinion in Pharmaco Therapy, 6(14),2475-81, 2005.

70. Essan R et al, J Gastrointestinal Surgery,9(9), 1237-44, 2005.

71. Katsinelos P et al, Int J Colorectal Disease,2005.

72. Renzi Aet al, Dis colon rectum,48(1),121-6,2005.

73. Alonso-Coello et al, Cochrane Database Syst Review, (4),CD004649,2005.

    -Shanmugam U et al, Cochrane Database Syst Review, (3), CD005034,2005.

74. Misra M C ,Drugs,65(11),1481-91.2005.

75. Alonso-Coello et al, Cochrane Database Syst Review, (4),CD004649,2005.

76. Dimitroulopoulos D et al,Clinical Therapeutics,27(6), 746-54,2005.

77. Shanmugam U et al, Cochrane Database Syst Review, (3),CD005034, 2005.

78. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 115 , 7th edition, 2003

79. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 115 , 7th edition, 2003

80. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 115 , 7th edition, 2003

81. ASGE Guidelines, The Role Of Endoscopy in Patients with Lower G.I bleeding, Gastrointestinal Endoscopy 2005, Nov 62(5);656-60.

82. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 115 , 7th edition, 2003

83. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 115 , 7th edition, 2003

84. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 114 , 7th edition, 2003

85. Linos et al –Am J Med ,118(10),1113-9, 2005.

86. Guidelines On Gastrointestinal Surveillance For FAP, Gut 2002,51-V21-V27.

87. Guidelines for Follow Up After resection of Colorectal cancer , Gut,2002, 5L V3-V5.

88. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 68, 7th edition, 2003

89. Innere, Zarzt Fortbild(Jenna) ,1995,June 89(2),229-32.

90. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 68, 7th edition, 2003

91. Carey W D, Cleve Clin J Med 1992, May-June ,59(3),317-25.

92. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 68, 7th edition, 2003

93. Pearse J Nurs RSA,1992 May &(5),28-9.

94. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 68, 7th edition, 2003

95. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 68, 7th edition, 2003

96. Chen Y C ,Z Honghva et al,2002 May,65(5),231-4

97. Murthy G D ,Am J Gastroenterology 2001, April,96(4),1150-4.

98. Olssonr, Scand j Gastroenterology 1989, June 24(5),617-22.

99. OH Kubo H et al,Hepatology,1981, March-April,1(2),168-72.

100. Florenani A et al, J Sport Med Phys Fitness,1993, March 33(1),79-82.

101. Skark C et al ,Br J Clin Pharmacol,2003, Aug ,56(2),228-31.

102. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page , 119-121..

103. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page ,119-121.

104. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page ,119-121.

105. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page ,119-121

106. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page ,119-121

107. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page ,119-121

108. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page ,109.

109. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page ,109.

110. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page ,109

111. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page ,109

112. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page ,109

113. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page ,109

114. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 68, 7th edition, 2003

115. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool, Page ,110.

116. BSG Guidelines

117. BSG Guidelines

118. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool

119. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool,

120. Sleisenger & Fordtran, Gastrointestinal and Liver Disease, Chapter 68, 7th edition, 2003

121. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool

122. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool

123. Khulusi S, Practical Guidance for Common Problems in Gastroenterology, University Hospital Aintree, Liverpool

124. BSG guidelines

125. BSG guidelines

126. BSG guidelines

127. Am guidelines

128. BSG guidelines

129. Therapeutic endoscopy

130. Therapeutic endoscopy

131. Therapeutic endoscopy

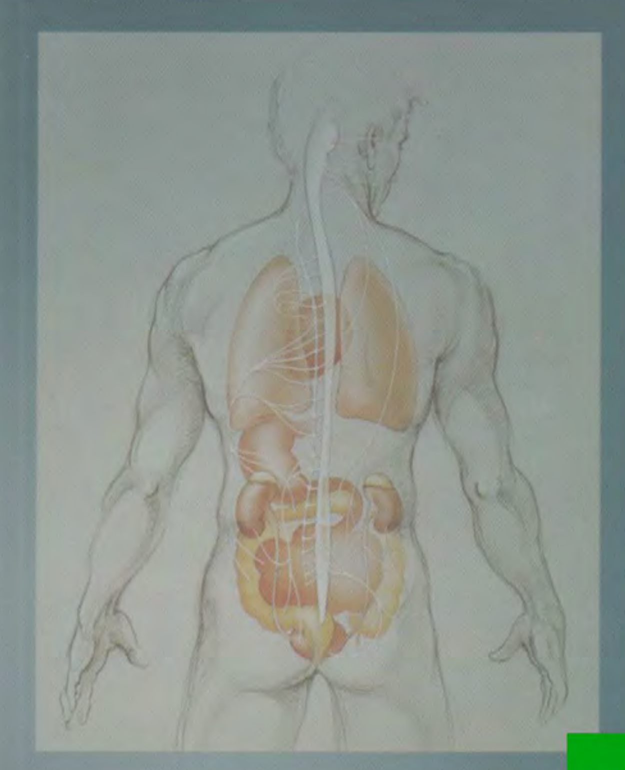
جدول المحتويات

الفصل الأول:

الفصل الثاني:

الفصل الثالث:

الأخطاء الشائعة في تشخيص ومعالجة
أمراض جهاز الهضم



يهدف هذا الكتاب إلى تسليط الضوء على الأخطاء الشائعة في تشخيص ومعالجة أمراض جهاز الهضم، ويقوم بمناقشة هذه الأخطاء وتبيان أوجه الخطأ فيها.

ويورد طرائق وأساليب التشخيص والمعالجة الصحيحة معتمداً على أحدث الدراسات العلمية والإرشادات الناظمة للمعالجة والتدبير من الجمعية البريطانية والجمعية الأمريكية لأمراض جهاز الهضم وكذلك المراجع المعتمدة في الدول المتقدمة.

